



Maria Cecília Pereira da Silva

PSICANÁLISE

# A construção da parentalidade

*Intervenção e prevenção*

**Blucher**

**A CONSTRUÇÃO  
DA PARENTALIDADE**

*Intervenção e prevenção*

Maria Cecília Pereira da Silva

*A construção da parentalidade: intervenção e prevenção*

© 2024 Maria Cecília Pereira da Silva

Editora Edgard Blücher Ltda.

*Publisher* Edgard Blücher

*Editor* Eduardo Blücher

*Coordenador editorial* Rafael Fulanetti

*Coordenação de produção* Andressa Lira

*Produção editorial* Departamento de produção

*Preparação de texto* Estúdio dS

*Diagramação* Estúdio dS

*Revisão de texto* Regiane da Silva Miyashiro

*Capa* Laércio Flenic

*Imagem da capa* Several Circles, 1926, Kandinsky – via Wikimedia Commons

## Blucher

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar

04531-934 – São Paulo – SP – Brasil

Tel.: 55 11 3078-5366

**contato@blucher.com.br**

**www.blucher.com.br**

Segundo o Novo Acordo Ortográfico, conforme 6. ed. do *Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa*, Academia Brasileira de Letras, julho de 2021.

É proibida a reprodução total ou parcial por quaisquer meios sem autorização escrita da editora.

Todos os direitos reservados pela Editora Edgard Blücher Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Angélica Ilacqua CRB-8/7057

Silva, Maria Cecília Pereira da

*A construção da parentalidade : intervenção e prevenção* / Maria Cecília Pereira da Silva. – 1. ed. - São Paulo : Blucher, 2024.

456 p.

Bibliografia

ISBN 978-85-212-2315-3

1. Psicanálise 2. Parentalidade I. Título II. Série

24-3700

CDD 150.195

Índices para catálogo sistemático:  
1. Psicanálise

# Conteúdo

Prefácio	15
<i>Maria do Carmo Camarotti</i>	
Apresentação	19
Parte I A construção da parentalidade em mães adolescentes com vistas à prevenção de transtornos de desenvolvimento: um modelo de intervenção e prevenção	
Introdução	25
1. Os caminhos da pesquisa: metodologia	55
2. Retrato das mães adolescentes: intervenção clínica	68
3. Considerações sobre a parentalidade	104

4. Modelo de intervenção com vistas à prevenção de transtornos globais de desenvolvimento	145
5. Contrapartida da pesquisa: conversa com equipe de profissionais de saúde	188
Considerações finais	207
Referências	217
Bibliografia consultada	230
Anexos	233
Pós-escrito	
A consulta terapêutica: um espaço potencial para a construção da parentalidade	240
Parte II A construção da parentalidade na clínica psicanalítica	
6. Ética e parentalidade: uma contribuição à intervenção clínica	265
7. Notas sobre uma observação de bebê: da adoção à filiação	284
8. Um <i>self</i> sem berço: a construção da parentalidade em uma intervenção na <i>relação pais-bebê</i>	301
9. O processo de parentalização em um caso de adoção	333
10. A transmissão psíquica através das gerações: relato clínico de um caso de uma adolescente psicótica	354
11. A construção da parentalidade na Clínica Transcultural: mulheres refugiadas	367

12. A construção da parentalidade na Clínica Transcultural: uma família migrante	379
13. A construção da parentalidade na Clínica Transcultural: risos em tempos de guerra	389
14. Parentalidade em tempo de incerteza	403
15. O lugar dos pais na psicanálise com bebês e crianças: de coadjuvantes a coatores principais do processo analítico	412
Referências	437
Bibliografia consultada	448
Posfácio	451

*Cristiane da Silva Geraldo Folino*

# Prefácio

Este livro, inicialmente, fruto do pós-doutorado de Maria Cecília sobre o tornar-se mãe durante a adolescência, apresenta um tema de grande relevância, tratado com originalidade e sensibilidade, que estimula o leitor à reflexão e a um mergulho nas questões ligadas ao processo de construção da parentalidade. Os desdobramentos deste trabalho podem ser vislumbrados nas aplicações teórico-metodológicas na clínica da parentalidade, tão bem ilustrada com vinhetas de mães/famílias acompanhadas.

Ter sido convidada para escrever o prefácio da segunda edição deste livro me honrou e me alegrou, além de me remeter às primeiras trocas que tive com Maria Cecília e do quanto rapidamente identificamos nossos interesses em comum no tema da construção da parentalidade e do lugar que creditamos ao analista como facilitador desse processo, sobretudo em situações nas quais a parentalidade está em risco.

A gestação e o puerpério são períodos de forte ebulição psíquica em que a mãe é lançada a fantasias arcaicas e confrontada com suas vivências edípicas. Passar do *status* de filha à mãe remete às identificações primárias, bem como à identificação com o bebê.

A construção da parentalidade na adolescência requer, tanto da mãe como do pai, uma travessia sinuosa, na qual habitam lado a lado suas próprias histórias como filhos, seus processos inconscientes, assim como o que o bebê desperta e reativa neles.

Os remanejamentos psíquicos do processo de tornar-se mãe ganham cores mais complexas quando ocorrem no período da adolescência, podendo deixar a jovem mãe mais vulnerável no exercício da maternidade e nas trocas iniciais com seu bebê.

O desamparo e a turbulência psíquica vivida por muitas mães adolescentes podem prejudicá-las na capacidade de interpretar aquilo que emana do bebê e de funcionar como um filtro que o protege das angústias advindas de excitações internas e externas e das demandas pulsionais que ele, com um psiquismo ainda incipiente, não consegue dar conta sozinho.

As valiosas contribuições de Maria Cecília apontam para a possibilidade da utilização de consultas terapêuticas para acompanhamento das mães que estão muitas vezes em situação de vulnerabilidade, vivendo ao mesmo tempo o processo da adolescência e da maternidade.

Nesta segunda edição, a autora acrescenta “A consulta terapêutica: um espaço potencial para a construção da parentalidade”, em que apresenta o acompanhamento de uma mãe adolescente com sua bebê, possibilitando-nos testemunhar a evolução desse processo, que gradualmente ganha cores, formas e sons e valida, mais uma vez, a proposta de Maria Cecília na utilização dessas consultas terapêuticas como favorecedoras da construção da parentalidade.

Como pesquisadora e analista, Maria Cecília nos traz belas passagens desses encontros, revelando-nos como pôde, por meio da *rêverie*, se emprestar como continente das projeções maternas e da criança, ajudando na criação de um berço psíquico no qual o bebê/a criança pudesse se constituir como sujeito.



Acompanhamos como a autora, ancorada nessa clínica da parentalidade, construiu um espaço potencial que restabeleceu a confiança da criança na mãe e no pai, bem como proporcionou que estes se oferecessem como objeto diante das necessidades do bebê, de acordo com uma função parental ressignificada. Com sua escuta sensível e acolhedora, recorrendo à consulta terapêutica no *setting* da pesquisa, Maria Cecília nos mostra a possibilidade desse tipo de intervenção ser utilizado como facilitador dos processos de filiação e afiliação.

A autora considera o *setting* das consultas terapêuticas um espaço potencial para a construção da parentalidade e um modo de intervenção quando o laço mãe-bebê parece em risco, comprometendo o desenvolvimento e a estruturação psíquica da criança. Ao propor uma clínica da parentalidade, que engloba as dimensões intersubjetiva e intrapsíquica, Maria Cecília apresenta um modelo de intervenção e prevenção como mais uma ferramenta para os profissionais que trabalham com pais adolescentes e seus bebês e/ou suas crianças pequenas, abrindo horizontes para novas formas de escuta e aplicação das consultas terapêuticas, extrapolando também o período da adolescência.

O texto revela alguns dos efeitos do olhar e da escuta contínuas e narcisantes de Maria Cecília com relação às mães da pesquisa, fragilizadas no processo de constituição da parentalidade. Testemunhamos, assim, o quanto a pesquisadora/analista pôde lidar com o impacto das emoções despertadas pelo contato com mãe-pai-bebê, e o modo que funcionou como *holding* e modelo de identificação, respeitando sempre o protagonismo dos pais e do bebê, com uma relevância ética que é importante destacar.

Novos capítulos compõem esta segunda edição. Um acréscimo foi a aplicação da observação da relação pais-bebê baseada no método Esther Bick, como um instrumento para o desenvolvimento da capacidade de continência do analista na clínica com crianças e seus pais. Em outros capítulos, Maria Cecília apresenta o atendimento a

uma adolescente psicótica no dispositivo de um hospital-dia e na clínica transcultural com famílias migrantes, elemento que nos toca pela atualidade.

Desejo que você, leitor deste livro, possa, assim como eu, deixar-se penetrar pelas emoções apresentadas nos relatos de Maria Cecília, pelas inovações bem fundamentadas que ela apresenta e com a certeza de que uma escuta psicanalítica tem importante lugar no campo da pesquisa, como tão bem demonstrado aqui.

Enquanto prefaciadora, chega a hora de parar e sugerir veementemente que você, caro leitor, adiante-se na leitura deste livro escrito de forma tão cuidadosa por quem muito entende sobre o tema.

### **Maria do Carmo Camarotti**

*Psicóloga. Psicanalista. Mestre em Saúde Materno-infantil (Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira). Especialista e formadora em Intervenção Precoce Pais-Bebê. Membro fundador da Rede Internacional de Estudos em Psicanálise e Psicopatologia do Infans (RIEPP). Membro da Coordination Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes s'occupant de Personnes Autistes (CIPPA). Fundadora e Coordenadora do Ciclos da Vida – Centro de Formação e Acompanhamento (Recife).*

# Apresentação

Este livro é uma coletânea de trabalhos escritos nos últimos anos sobre a construção da parentalidade e está dividido em duas partes.

Na Parte I apresento o resultado de minha pesquisa de pós-doutorado intitulada “A construção da parentalidade em mães adolescentes com vistas à prevenção de transtornos globais do desenvolvimento”, do Programa de Estudos de Pós-graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), Núcleo de Psicanálise, supervisionada pelo Prof. Dr. Gilberto Safra, concluída em 2009 e foi primeiramente publicada pela Editora Escuta.

Em vários capítulos descrevo a pesquisa na qual investiguei o processo de construção da parentalidade em dez mães adolescentes com idades entre 13 e 18 anos que deram à luz no Hospital Municipal do Campo Limpo “Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha” de São Paulo/SP, no período de 2006 a 2007.

Como metodologia utilizei a pesquisa-ação e o *setting* de consulta terapêutica de duas a dez consultas na presença das mães, de seus bebês e de alguns pais. As consultas foram filmadas, gravadas e transcritas, e, para esse procedimento, foi estabelecido um contrato

ético com os participantes para que o material coletado pudesse ser utilizado, mantendo anônimos a identidade dos entrevistados e os dados que pudessem identificá-los.

Com essa investigação desvelaram-se três registros significativos obstaculizantes ao processo de parentalização: registro social, registro transgeracional e registro psíquico. Propus, então, um modelo de intervenção clínica como contribuição para políticas públicas na área da saúde relativas à prevenção da maternidade na adolescência e à construção da parentalidade nessa população, com vistas à prevenção de transtornos globais do desenvolvimento. Esse modelo de intervenção e prevenção pode se constituir em um instrumento para os profissionais que trabalham com pais adolescentes e seus bebês e/ou suas crianças pequenas, contribuindo para a construção de uma “clínica da parentalidade”, com uma dimensão intersubjetiva e intrapsíquica.

Nesta edição, como parte ainda da pesquisa, acrescentei um novo capítulo: “A consulta terapêutica: um espaço potencial para a construção da parentalidade”. Trata-se do trabalho desenvolvido com a mãe que chamei de Maria Lúcia e sua bebê Laura, desde o seu nascimento até o final do primeiro ano de vida, compilando os dados da investigação nos vários registros, somados à consulta de *follow-up* quando a criança estava com quase 3 anos. Discuto como as consultas terapêuticas utilizadas em intervenções nas relações iniciais pais-bebês são favorecedoras da constituição da parentalidade. Destaco como este *setting* constrói um espaço potencial fundamental para o estabelecimento da parentalidade e a prevenção de transtornos de desenvolvimento, especialmente naquelas duplas pais-bebês caracterizadas como em situações de risco.

Na Parte II apresento a construção da parentalidade na clínica psicanalítica, ou seja, na observação da relação pais-bebê com base no método Esther Bick, na intervenção na relação entre pais e seus bebês na qual os fenômenos transgeracionais se sobressaem, assim como

no atendimento de uma adolescente psicótica, na clínica transcultural com famílias migrantes e na clínica com crianças.

Finalizo com um texto sobre o trabalho psicanalítico realizado com pais e seus bebês e/ou crianças, “O lugar dos pais na psicanálise com bebês e crianças: de coadjuvantes a coatores principais do processo analítico”, em que parto do texto de Freud sobre o atendimento do pequeno Hans e alguns desdobramentos da psicanálise clássica para destacar que os pais deixam de ser vistos como coadjuvantes no trabalho com a criança e passam a ser atores principais na clínica psicanalítica atual.

Desejo que o leitor possa mergulhar nesse mar da parentalidade, uma temática tão necessária para esse mundo contemporâneo.

## **PARTE I**

A construção da parentalidade  
em mães adolescentes com vistas  
à prevenção de transtornos de  
desenvolvimento: um modelo  
de intervenção e prevenção

# Introdução

*Existe uma tribo no leste da África na qual a arte da verdadeira intimidade (podemos chamar de vínculo) é forjada mesmo antes do nascimento. Nessa tribo, a data de nascimento de uma criança não é contada a partir do dia do seu nascimento físico, nem mesmo do dia da sua concepção, como em outras culturas. Para essa tribo, a data de nascimento acontece na primeira vez em que a criança se constitui num pensamento na mente da mãe. Consciente de sua intenção de conceber a criança com um pai em particular, a mãe se retira para sentar-se sozinha embaixo de uma árvore. Lá ela senta e espera até conseguir ouvir a canção da criança que ela deseja conceber. Uma vez que tenha ouvido essa música, ela retorna ao seu vilarejo e a ensina para o pai para que eles possam cantá-la juntos enquanto fazem amor, convidando a criança a se juntar a eles. Depois que a criança é concebida, ela canta para o bebê em seu ventre. Então, ela ensina para as mulheres mais velhas e cunhadas do vilarejo, para que, durante*

*o trabalho de parto e no milagroso momento do próprio nascimento, a criança seja recepcionada com sua música. Depois do nascimento, todos os cidadãos do vilarejo aprendem a música de seu novo membro e cantam para a criança quando ela cai ou se machuca. Ela é cantada em momentos de glória ou crise, em rituais e iniciações. A música se torna uma parte da cerimônia de casamento quando a criança cresce. E no final da vida, seus entes queridos vão se reunir em torno de seu leito de morte entoando essa canção pela última vez.<sup>1</sup>*

Verny (1997)

Para as mães adolescentes, ao contrário das mulheres dessa tribo africana, a gravidez é inesperada e o bebê chega de forma abrupta – um susto –, sem que o processo de parentalização tenha se iniciado. É esse o ponto que motivou a pesquisa aqui apresentada, cujo foco é o estudo dos mecanismos terapêuticos que possam favorecer a aproximação do processo de parentalização com essa lenda para que as mães adolescentes se tornem mães, em um momento em que elas ainda estão construindo a própria identidade. Além disso, há uma preocupação com o estabelecimento do vínculo afetivo pais adolescentes-bebê e a prevenção de transtornos de desenvolvimento ou psicopatologias do bebê.

### *Justificativa*

A adolescência é um período em que os jovens constroem sua identidade. Incluir a parentalidade nesse momento da vida torna-se uma tarefa difícil de ser desempenhada satisfatoriamente sem a ajuda da família ampliada ou de uma intervenção psicológica preventiva. Em

---

1 Tradução livre.



contrapartida, segundo os setores da saúde da primeira infância, ser mãe adolescente tem sido considerado um dos indicadores de risco que demandam um acompanhamento especial da criança (Brasil, 2005).

Além disso, a qualidade das primeiras relações emocionais pais-bebê, especialmente mãe-bebê, são determinantes para o desenvolvimento global sadio das crianças. A clínica contemporânea aborda falhas na constituição do sujeito decorrentes da ausência ou da deficiência da maternagem na infância precoce. As diversas psicopatologias derivadas de dificuldades de formação dos vínculos familiares precoces são encontradas no exercício clínico do atendimento a populações desprovidas economicamente, tanto no consultório como nas instituições de saúde.

Para a compreensão da construção da parentalidade na adolescência, faz-se mister situar as características desse período, as estatísticas e as vicissitudes da gravidez nesse momento de vida, o conceito de parentalidade e o trabalho de intervenção clínica nas relações iniciais pais-bebê.

### *Sobre a adolescência e a mãe adolescente*

A adolescência é caracterizada por um processo de transição para a vida adulta, e essa passagem envolve a elaboração de lutos infantis e de conflitos edípicos, além da construção da identidade unida ao despertar da sexualidade. A sexualidade aflora com toda a sua força sob a influência dos hormônios sexuais, responsáveis pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários, conduzindo o adolescente ao interesse pelo sexo oposto com curiosidade e desejo – este ainda incontrolável. Apoiados no pensamento mágico, independentemente do meio social em que estejam inseridos e do conhecimento prévio dos métodos contraceptivos, os jovens expõem-se, frequentemente, ao risco da gestação não planejada (Souza, 2002). Na contemporaneidade, essa

passagem é marcada por uma multiplicidade de situações inauguradoras de experiências na vida do(a) jovem, entre as quais se destacam: a iniciação sexual, a primeira gravidez e o primeiro filho. Assim, a situação de parentalidade na adolescência revela uma diversidade de razões, causas, motivações e perfis desses sujeitos, retratando uma peculiar heterogeneidade.

Segundo dados do IBGE (2000), a população de adolescentes entre 10 e 19 anos é de 35 milhões, praticamente 21% de 170 milhões da população de brasileiros. Os dados de 1994 (IBGE, 1994) já indicavam que os adolescentes representavam 10,3% da população brasileira, demandando uma atenção especializada no que tange à problemática da saúde, especialmente porque a maioria deles pertence a famílias com baixa condição econômica. No Brasil, 50% das jovens e 78% dos jovens têm a sua primeira experiência sexual até os 24 anos, com idade mediana da sexarca de 16,4 anos para as garotas e 15,3 anos para os rapazes. Apenas 33% dos jovens relatam uso de contracepção na primeira relação sexual. Em 1998, 25% dos partos do Sistema Único de Saúde (SUS) foram de adolescentes. Os dados do IBGE entre 1981 e 1990 constataram que o total de filhos de mães adolescentes quase dobrou de 4.500 para 8.300, e a maioria dessas mães pertence às camadas populares da sociedade brasileira. Os dados da pesquisa nacional sobre demografia e saúde de 1996, realizada em 1997 pela Bem-estar Familiar no Brasil (Bemfam, 1997), indicam que 18% das adolescentes entrevistadas entre 15 e 19 anos já haviam ficado grávidas pelo menos uma vez e que quanto mais baixa a escolarização da mulher, mais cedo ela se tornava mãe. Os enfoques predominantes apontam a gravidez na adolescência como sendo indesejada e decorrente da desinformação sexual dos jovens (Souza, 2002; Jornal do Brasil, 1996; O Globo, 1997).

A Pesquisa Nacional Violência, Aids e Drogas nas Escolas, realizada pela Unesco em 2001, confirma esses dados. Foram pesquisadas 13 capitais brasileiras: Belém, Cuiabá, Florianópolis, Fortaleza, Goiânia,

Maceió, Manaus, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e Vitória, além do Distrito Federal. Foram entrevistadas 24.053 pessoas, das quais eram 16.422 alunos, 4.532 pais e 3.099 professores. O percentual de jovens alunas que afirmam já terem engravidado alguma vez varia entre 36,9% em Recife, e 12,2% em Florianópolis. Essa taxa cresce na medida em que aumenta a faixa etária. Chama particularmente a atenção que 33,3% e 22,2% de alunas na faixa de 10 a 14 anos moradoras das cidades de Fortaleza e Cuiabá, respectivamente, declararam que já ficaram grávidas alguma vez. A idade da primeira gravidez, em cada capital estudada, ocorre por volta dos 16 anos, chegando a 17,5 anos em Belém, confirmando as informações de que a primeira gravidez ocorre na faixa etária de 15 a 19 anos de idade. Na percepção dos pesquisados, a classificação da gravidez na juventude é considerada “problema”. Além de julgarem como irresponsabilidade e falta de consciência dos jovens sobre significados futuros, maternidade ou paternidade, alegam que uma gravidez não planejada decorre da intensidade do desejo sexual, do momento, da imaturidade psicológica, da falta de diálogo entre pais e filhos (Falcão & Salomão, 2006).

Falcão e Salomão (2006) apontaram que as Estatísticas do Registro Civil de 2003, divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2005, sistematizaram as informações remetidas ao Instituto pelos cartórios de todo o país, bem como revelaram o aumento relativo do número de nascimentos cujas mães eram adolescentes e pertencentes às classes de baixa renda. Por sua vez, constataram que a maternidade na adolescência tem sido considerada por vários pesquisadores um problema de saúde pública e familiar, trazendo consequências como a dependência financeira dos adolescentes à família de origem e o abandono escolar. Entre as diversas maneiras de viver a maternidade na adolescência, há aquelas em que essa experiência é desejada e plena de significados positivos para as mães. Falcão e Salomão (2006) afirmaram ainda que a maternidade é uma experiência difícil em qualquer etapa da vida, e a mãe adolescente, como qualquer

pessoa, tem o direito de desenvolver suas capacidades maternas e reconheceram muitas das preocupações da sociedade em relação à saúde da adolescente e de seu filho. Todavia, alertaram que as concepções negativas e reducionistas acerca do “problema” da gravidez e do exercício da maternidade nesse período implicam restrições teóricas e práticas dos profissionais que lidam com esse grupo. Mostraram que, para algumas adolescentes, a gravidez ocorria quando a necessidade infantil de atenção e proteção não havia sido satisfeita. Em suas fantasias, o bebê seria alguém a quem poderia expressar todo o amor e dar todo o cuidado que buscou para si mesma, alguém que necessitaria dela e não a abandonaria. Mas é comum as jovens terem de arcar com a responsabilidade de criar seus filhos sem a colaboração do pai. Nesse caso, muitas vezes os cuidados com a criança são divididos com a família de origem. Também apontam, no rol de problemas, a falta de condições econômicas, a imaturidade fisiológica e o despreparo emocional para a criação dos filhos (Falcão & Salomão, 2006).

Outros aspectos se destacaram na história de vida dessas adolescentes: a repetição de histórias familiares e o envolvimento intergeracional na assimilação dos papéis de mãe e de avó; uma tendência da gravidez estar relacionada ao processo de consolidação da identidade do adolescente, que necessita sentir-se diferente de seus familiares e, ao mesmo tempo, busca apoio e identificação entre os iguais; as relações familiares durante a gravidez das adolescentes mantiveram-se conflituosas, especialmente com o pai do bebê. Também revelaram a importância da implantação e da execução de programas de apoio às adolescentes e a seus familiares, no sentido de promover a saúde entre os membros e políticas públicas e educacionais voltadas para apoiar as pessoas envolvidas com a temática em pauta (Falcão & Salomão, 2006).

Os dados dessa pesquisa apontam para a complexidade psicológica e sociológica de uma gravidez na adolescência e a importância de um estudo mais cuidadoso sobre a construção da parentalidade

nessa faixa etária, indicando a necessidade de políticas públicas de saúde e educação com programas voltados ao apoio às adolescentes e a seu entorno.

O trabalho de Dias e Aquino (2006) segue na mesma direção, constatando que a maternidade na adolescência é um tema que vem suscitando não só o interesse entre estudiosos da demografia, da saúde pública e das ciências sociais, mas também o debate público. O aumento da taxa específica de fecundidade e uma elevação relativa de nascimentos em mulheres de 15 a 19 anos reforçam o argumento da gravidez na adolescência como “problema social” e enfatizam os riscos para a saúde das mães e das crianças provenientes de gestação em mulheres muito jovens. O enfoque de “risco” é ressaltado e associado a um imaginário contemporâneo, que concebe a adolescência como um período de instabilidade, caracterizado por crises, atitudes “descompromissadas” e um estilo de vida efêmero, o que contribui para uma construção negativa dessa fase da vida.

Essa pesquisa realizada em Porto Alegre, Recife e Salvador descreve algumas especificidades nas biografias dos jovens que tiveram experiência de parentalidade na adolescência, em comparação com aqueles que não vivenciaram essa experiência. Os jovens pais/mães apresentam baixa escolaridade e inserção mais precoce no mercado de trabalho. No entanto, essa situação não aparece como consequência direta da gravidez na adolescência. O percurso escolar desses jovens é marcado por interrupções do estudo que antecedem esse evento, assim como o início das atividades remuneradas. O fortalecimento do argumento da maternidade e paternidade juvenis busca reconhecimento e inserção sociais dos sujeitos, em que pese a heterogeneidade de situações que envolvam jovens e questões presentes na decisão de levar a gravidez a termo. Há maior participação do pai não circunscrita ao sustento do filho. No entanto, prevalece, ainda, a lógica de gênero que define o espaço doméstico, sobretudo o cuidado com a criança como domínio do feminino e a função de provedor

associada ao masculino. A rede de solidariedade, cooperação e apoio afetivo que se estabelece para ajudar a adolescente mãe é composta, na sua maioria, da família ou de mulheres com algum parentesco (Dias & Aquino, 2006).

Com base nesses dados, é possível observar a complexidade da rede de apoio, ou de sua falta, com a chegada de um bebê na adolescência, marcada por dificuldades econômicas, rupturas na vida acadêmica dos jovens pais e o lugar do pai nesse contexto. A pesquisa realizada por Diana Dadoorian (2000) confirma esses dados.

Essa autora, ampliando o ponto de vista de Falcão e Salomão (2006), afirma que “a causa da gravidez na adolescência vai além da questão da informação, pois ela envolve, sobretudo, os aspectos emocionais e sociais presentes na situação, já que a sexualidade emergente provoca ansiedade, mal-estar e conflitos nos adolescentes” (p. 29). A maternidade adolescente no nível socioeconômico médio é, geralmente, indesejada, pois a pressão social familiar se expressa por meio do incentivo ao estudo e ao trabalho. Em contrapartida, a maternidade é valorizada nas classes populares, nas quais ser mãe equivale a assumir um novo *status* social, o de ser mulher. A adolescente está em plena transformação de seu *status* de menina para mulher-adulta: “Culturalmente, a função social feminina se mostrou relacionada à maternidade: ser mulher, para muitas adolescentes, ainda equivale a ser mãe” (p. 172). Além disso, destaca que as situações de carência afetiva e relacional com a família também despertam o desejo da adolescente de ter um filho para preencher esse vazio. Constata que a jovem, que será filha e mãe ao mesmo tempo, terá características diferenciadas e dificuldades próprias na elaboração das diversas etapas evolutivas de sua sexualidade, ficando assim prejudicada a vivência da maternidade: “O filho aparece, em muitos casos, como um presente da adolescente para a própria mãe” (Dadoorian, 2000, p. 172).

Dessa pesquisa, destacam-se as representações encontradas pela autora para a gravidez nesse momento da vida, ou seja, aquisição de

um novo *status* social, o filho com a função de preencher carências e um vazio interno e o filho como um presente para a própria mãe. Esses aspectos indicam o quanto a gravidez na adolescência envolve fenômenos inconscientes difíceis de serem abordados sem uma intervenção clínica, justificando a importância de se construir um modelo de intervenção que, por um lado, previna a gravidez e, por outro, favoreça a construção da parentalidade e a subjetividade do bebê.

Dadoorian (2003), com base no trabalho com adolescentes grávidas de classes populares em hospital público no Rio de Janeiro, constatou o desamparo dessas jovens mães e suas famílias, que não possuem os meios econômicos adequados para cuidar de mais uma criança. A isso se soma o abandono dos estudos e o aumento do número de menores abandonados e de menores infratores, filhos dessas jovens mães. Contrariamente à literatura tradicional, a gravidez para essas adolescentes é desejada, o que permite dizer que ela exerce uma função no psiquismo dessas jovens, e aponta para a importância de se estudar aspectos psicossociais presentes nessa questão. Nesse contexto, as mudanças (adolescência, união de cônjuges, nascimento do bebê, entre outras variáveis) vivenciadas pelos membros familiares alteram o equilíbrio dinâmico da família, sendo necessária a mobilização de recursos internos de seus integrantes, no sentido de conservar um mínimo de suporte para se vivenciar a situação.

Esses trabalhos de Dadoorian demonstram que muitas vezes a gravidez para a adolescente é desejada, embora ela não tenha condições psicossociais para oferecer os cuidados físicos e emocionais necessários para o desenvolvimento do bebê. Revelam também a importância de políticas públicas e de redes de apoio para os jovens pais adolescentes no sentido de prevenir a violência desencadeada pelo desamparo infantil.

Um estudo realizado por Maier (*apud* Doering, 1989) indica que a informação sobre a anticoncepção não é o fator mais importante para diminuir o número de gestações em adolescentes, mas, sim, a

ansiedade sexual, a perda da segurança, a dificuldade em aceitar responsabilidades, além da rebelião contra a autoridade paterna, da procura de aventura e da pressão exercida pelo desejo sexual. Denuncia que as famílias da periferia de São Paulo são em sua maioria migrantes de outras regiões do país, perdendo seus vínculos com a família nuclear de origem, o que se reflete nas funções parentais.

Brandão (2003), em sua tese de doutoramento, estudou as famílias dos segmentos médios da cidade do Rio de Janeiro, cujos filhos permaneciam solteiros e residindo com os pais. A análise dos dados aponta o contraste entre gerações (pais e filhos jovens), gêneros (rapazes e moças) e relações de parentesco: consanguíneo ou por afinidade. Conclui mostrando como os jovens integram a parentalidade na adolescência ao processo de busca de autonomia e construção da identidade, favorecidos pelo apoio parental que preserva a individualização dos filhos. Os pais, por sua vez, interpretam o evento de um prisma diferente, evidenciando os significados que ele condensa para o grupo familiar.

Essas pesquisas comprovam como os conflitos identitários e a eclosão da sexualidade, próprios da adolescência, são componentes relevantes a serem considerados ao tratar o tema desta obra.

Estudos na área de orientação sexual nas escolas afirmam que não basta informação sobre os métodos contraceptivos, pois não são suficientes para o adolescente se prevenir contra infecções sexualmente transmissíveis (IST), aids e uma gravidez não planejada. Um trabalho sistemático nas escolas durante a puberdade e toda adolescência se faz mister. Ao refletir e ao debater com os colegas, o adolescente pode confrontar seu desejo, seus sonhos e projetos de futuro e suas possibilidades de realização com as responsabilidades de ser mãe e pai e as necessidades emocionais de um filho, construir seus próprios valores e um exercício de sua sexualidade com prazer e responsabilidade. Portanto, o processo de aprender a cuidar da própria saúde sexual requer espaços de reflexão, nos quais os adolescentes possam discutir



as informações recebidas e encontrar sua forma de lidar com elas em seu cotidiano, em sua vida (GTPOS, 2002).

Essas análises indicam a necessidade de os jovens terem acesso a programas de orientação sexual nas escolas, além de serviços de qualidade de assistência integral à saúde do adolescente e aos métodos anticoncepcionais, conhecerem seus direitos sexuais e reprodutivos e saberem como exercê-los.

Com o objetivo de conhecer a percepção das mães adolescentes sobre o cuidar do filho, Matos e Madeira (2000), da área de enfermagem, realizaram uma pesquisa qualitativa e verificaram o significado para as adolescentes de cuidar do filho: alimentar a criança, fazer a higiene, tratar a doença, promover o sono, dar atenção e carinho, promover a recreação e a educação, caracterizando três categorias abertas, isto é, atender as necessidades biológicas, psíquicas e sociais da criança.

Cabe aqui uma reflexão: as jovens mães descrevem as necessidades básicas do bebê, mas será que são capazes de dar conta de todas elas?

Battikha (2003), em sua dissertação de mestrado, investigou as representações psíquicas maternas acerca do nascimento de bebês com doenças graves. Constatou as implicações traumáticas do luto do bebê imaginado e, ao mesmo tempo, os efeitos terapêuticos das entrevistas realizadas por ela. Destaca a importância de um espaço dentro da instituição hospitalar para a escuta analítica dessa mãe para favorecer a constituição da subjetividade do bebê e de sua historicidade. Acrescenta, ainda, a necessidade de um espaço de interlocução para os profissionais de saúde envolvidos no atendimento do bebê para elaboração de angústias e questões despertadas pelo sofrimento emocional envolvido.

Como desdobramento dessa investigação, destaco a importância de um suporte às mães adolescentes que tiverem seus bebês com

alguma doença grave ou mesmo prematuro. Faz-se necessário, pois, que se desenvolva uma rede de apoio psicológico nas maternidades e UTI neonatais para atender a essa demanda das duplas mães-bebê e da equipe de saúde.

Para Romera (1999), a gravidez na adolescência configura-se como tentativa de desconstrução de vínculos em busca de uma nova forma de estruturação psíquica. A complexidade na forma de vinculação está relacionada com a figura materna. O temor de separar-se dessa figura e o impulso de fazê-lo à procura de novos objetos mais satisfatórios determinam que a jovem realize, na gravidez e por meio dela, aquilo que essa autora denomina separação abortiva. O vínculo problemático com a figura materna (e com a própria mãe) não oferece sustentação para que a adolescente suporte o período de emoções exacerbadas, ambivalentes, de revivescência do conflito edípico, necessários ao amadurecimento psíquico. A gravidez, também, parece representar uma maneira de agir no mundo, de contra-atacar seu meio, de reproduzir e, assim, sentir-se útil e atingir um *status*. Essa situação lhe garante a formação de uma família, um resgate de estrutura idealizada que pode compensar a catástrofe da estrutura real da infância e da própria sociedade, que tem sido ingrata com os jovens. Muitas vezes, porém, a eleição de um parceiro sexual, também imaturo, para assumir uma relação no nível genital procriativo, faz a jovem constituir algo que se assemelhe a uma família, quando não, que fique abandonada ou abandone seu bebê.

No trabalho de Romera, destaca-se o vínculo simbiótico da jovem adolescente com a figura materna e a gravidez como uma solução reativa na tentativa de individualização em uma fantasia de constituição de uma família idealizada, envolvendo uma escolha imatura do parceiro sexual, apontando para a necessidade de uma intervenção que favoreça a construção da identidade dos jovens pais e da função parental, assim como o desenvolvimento saudável do bebê.

Dados semelhantes foram obtidos por Teresa Lartigue e Juan Vives (2004) com base em pesquisa realizada no México com adolescentes grávidas entre 11 e 15 anos – um grupo de alto risco. Os problemas mais relevantes encontrados foram: a morte após uma gravidez indesejada e interrompida; numerosas complicações no decorrer da gravidez em razão da deficiência de cuidados médicos e psicológicos; mortalidade infantil e perinatal mais elevada; maior número de hipóxias perinatais e de partos prematuros; peso insuficiente dos recém-nascidos e complicações associadas. Essas adolescentes apresentam uma tendência a engravidar repetidamente antes de atingir a maioridade, e seus filhos, por sua vez, terão maior probabilidade de se tornar pais adolescentes. A gravidez das adolescentes está associada a importantes deficiências na estrutura e na dinâmica familiares, à ignorância, à escolaridade insuficiente, aos fracassos escolares e à não utilização de métodos contraceptivos.

O estudo de um subgrupo de doze adolescentes grávidas, de 12 a 17 anos, revelou a influência de vários fatores psicodinâmicos e perturbações emocionais do grupo nesses casos de gravidez conscientemente indesejada pelas adolescentes. Das doze adolescentes, nove encontravam-se em uma situação caracterizada por uma tríade de fenômenos que compreendiam a interrupção do desenvolvimento, a regressão a estados anteriores de relação e de funcionamento do ego e o aumento simultâneo das exigências pessoais e sociais. As três jovens que aceitaram a gravidez desde o início, ou logo depois, evidenciaram que a gestação as havia ajudado no que tange à progressão de seu desenvolvimento de adolescentes (de maneira nítida no caso de duas delas). No caso das nove adolescentes, o vínculo com o bebê era nulo, inexistente, negado ou muito frágil antes dos primeiros movimentos do feto. A atividade fetal provocou, em razão da inevitabilidade de sua presença, o início da representação mental de um bebê imaginário, assim como o começo da relação mãe-bebê evidenciando a necessidade de um trabalho de parentalização. No caso dessas nove jovens, a

motivação inconsciente para a gravidez visava à dependência infantil da mãe, ao prolongamento da simbiose e ao estabelecimento de um contorno da individuação. O papel do pai enquanto terceiro, aquele que instaura a lei e a ordem e que permite a separação da simbiose mãe-bebê, também era falho. Dos doze pais das adolescentes, nove haviam abandonado a família (em quatro casos, quando do nascimento da jovem). Apenas três pais estavam no seio da família quando sua filha engravidou. Além disso, a família de origem supria com sua ajuda e continência a ausência do companheiro da adolescente (Lar-tigue & Vives, 2004).

A pesquisa com jovens mexicanas corrobora os estudos brasileiros, exibindo a importância de se oferecer uma sustentação emocional para a construção da parentalidade nesse momento da vida e a prevenção da repetição de outras gravidezes na adolescência das futuras gerações.

Essa revisão bibliográfica faz um diagnóstico da situação da gravidez na adolescência, especialmente no Brasil. Tornar-se pai ou mãe quando os jovens estão elaborando lutos infantis, construindo sua identidade e vivendo o despertar da sexualidade não é uma tarefa fácil de ser desempenhada satisfatoriamente sem a ajuda da família ampliada ou de uma intervenção psicológica preventiva. Além disso, essa situação é considerada pelos setores da primeira infância da rede pública um dos indicadores de risco. Diante disso, essa revisão bibliográfica aponta para conflitos emocionais, econômicos e familiares vividos pelas mães adolescentes, fortalecendo a importância desse estudo para a construção e o fortalecimento da parentalidade.

### *Sobre a parentalidade*

Para se pensar a construção da parentalidade em mães adolescentes, é necessário percorrer a definição do conceito de parentalidade e os diferentes aspectos que a compõem. Para além da procriação e da

função biológica, a *parentalidade* é produto do parentesco biológico e do processo de tornar-se pai e mãe. É uma reflexão sobre a descendência que implica um complexo processo psíquico-simbólico que articula diferentes perspectivas teóricas em um contexto psicossocial. O conceito de *parentalidade*, portanto, contém a ideia da função parental e a ideia de parentesco, e a história da origem do bebê e das gerações que precedem seu nascimento.

Desde meados dos anos 1980, as funções e os papéis parentais foram reagrupados sob a designação de *parentalidade*. Esse neologismo teve sua origem em 1961, quando o psicanalista francês Paul-Claude Racamier propôs o termo *maternalidade*<sup>2</sup> para definir “o conjunto dos processos psicoafetivos que se desenvolvem e se integram na mulher por ocasião da maternidade”. Ele propôs traduzir o termo inglês *motherhood* por *maternalidade* com uma intenção manifesta de conferir a esse vocábulo um significado mais dinâmico que o da tradução habitual, *maternidade*,<sup>3</sup> e, ainda, acrescentou a este primeiro neologismo outros dois: *paternalidade* e *parentalidade*.<sup>4</sup> Racamier apoiou-se nos trabalhos de Bibring *et al.* (1961) e de Benedeck (1959), psicanalistas anglo-saxões, que acentuaram os aspectos dinâmicos e processuais da experiência de se tornar mãe, isto é, uma fase da existência na qual o sujeito é confrontado com transformações identificatórias profundas, que são ditadas pela revivescência de conflitos antigos profundos, por ocasião de uma nova fase evolutiva da personalidade. O termo *parentalidade* permaneceu em desuso por mais de vinte anos, até que reapareceu em 1985 sob a pluma de René Clément. É preciso sublinhar que esses neologismos surgiram por ocasião do estudo de uma das patologias psiquiátricas mais severas da *parentalidade*, as psicoses puerperais, que eram objeto do artigo de Racamier *et al.* Esse processo chamado *transição em direção à parentalidade* ou ainda *processo de*

2 *Maternalité* no original.

3 *Maternité* no original.

4 *Paternalité* e *parentalité* no original.

*parentificação* tem sido objeto de inúmeros trabalhos, principalmente com as mães e, mais recentemente, também com os pais.

O termo *parentalidade*, portanto, assinala que não basta ser genitor nem ser designado como pais – é necessário *tornar-se pais*, o que se faz por meio de um complexo processo, implicando níveis conscientes e inconscientes do funcionamento mental, que vão muito além do que costumamos denominar função dos pais (Solis-Ponton, 2004).

A metamorfose nas constelações familiares de nossos dias coloca-nos diante de uma nova geometria um tanto inquietante: as famílias homoparentais, as famílias reconstituídas (que originam questões ligadas aos direitos e deveres do padrasto), as famílias monoparentais (geralmente a ausência é da figura masculina) e os novos processos de reprodução. Todas elas provocam novos debates e demandam um novo desafio tanto para os profissionais da saúde como da educação.

O estudo da parentalidade refere-se aos laços parentais, aos vínculos afetivos que se estabelecem muito precocemente entre pais e filhos e que são o umbral com base no qual se constrói o processo de subjetivação, a vida psíquica do bebê. Ter um filho não é o mesmo que se tornar pai ou mãe, a parentalidade humana não é um processo biológico, mas um processo complexo que se concebe na mente dos pais e que necessita muitas vezes de um acompanhamento cuidadoso, especialmente tratando-se de mães adolescentes. A parentalidade, assim como a filiação, forma-se no aparelho psíquico, esses dois processos complementares incluem a história do bebê, de seus pais e de seus avós, assim como o reconhecimento da sexualidade infantil, isto é, das pulsões inconscientes.

No processo de construção da parentalidade, estão envolvidos aspectos psíquicos inconscientes que são transmitidos por gerações: aspectos intergeracionais e transgeracionais (Silva, 2003, 2007). Essa

transmissão<sup>5</sup> de objetos transgeracionais e intergeracionais se constitui com base em mecanismos de identificação<sup>6</sup> e pode ser observada por meio da identificação mórbida<sup>7</sup> (Silva, 2002, 2003), aquela que é patológica em si e que adoce o outro, enquanto o objeto interno introjetado é transformado pelo indivíduo e inaugura a capacidade de pensar – o pensamento (Bion, 1962/1990). Esses objetos permanecem enquistados, incorporados e inertes, quando são transferíveis por meio das identificações mórbidas e não são transformados pela transmissão. Esse fenômeno também é abordado na afirmação de Winnicott (1963/1994) sobre um vivido-não-vivido e sempre a

---

5 Além do sentido específico de transferência que adquiriu no campo psicanalítico, *Übertragung* é também empregado para designar os processos de transmissão de pensamento, telepatia, indução, fenômenos de contágio e de imitação em funcionamento nas multidões, modalidades da prescrição do tabu. *Übertragung* é também um dos termos utilizados no debate freudiano sobre a hereditariedade e a etiologia da neurose, quando se vincula à questão da aquisição (*Erwerbung*) e da transmissão, por via psíquica, da doença. No texto freudiano, pelo menos quatro termos designam a transmissão: *Die Übertragung*, que, com outros termos forjados sobre essa base, qualifica o fato de transmitir (*übertragen*) ou a transmissibilidade (*Die Übertragbarkeit*). O mesmo termo designa a transferência, no sentido psicanalítico estrito, mas também a translação, a tradução e, em uma acepção mais restrita, a comunicação por contágio; *Die Vererbung*, que serve para designar o que se transmite por hereditariedade ou por herança; *Die Erwerbung*, que indica a aquisição como resultado da transmissão: é o que se expressa nesse verso de *Fausto* de Goethe, termo formado com base no adjetivo *erblich* (hereditário, transmissível por hereditariedade biológica ou por sucessão jurídica) e utilizado para designar a hereditariedade ou a herança (Kaës, 1993, p. 27).

6 É importante notar que, no contexto do relacionamento pais-filho(a), os processos de identificação se dão via identificação projetiva, mas a noção de identificação projetiva não tem uma conotação negativa necessariamente. As identificações projetivas com a criança podem ser um veículo de empatia dos pais com ela e dessa forma contribuir para o seu desenvolvimento psíquico (Bion, 1962; Grinberg, 1976; Grotstein, 1981).

7 Do latim *morbus*, termo que significa doença, desordem física, doença da alma, paixão, sofrimento. Personificado, sofre um processo de divinização e ganha uma genealogia: torna-se a divindade Doença, filha do Érebo (trevas infernais) e da Noite (Gaffiot, 1934; Grimal, 1988).

reviver e sobre o temor de um colapso que já ocorreu, mas sem que o ego seja capaz de metabolizar o que então foi vivido sem qualquer representação de palavras.

Didier Houzel (2004) propõe que sejam considerados três eixos da parentalidade:

- a. O exercício da parentalidade: entendido próximo ao sentido jurídico, define um domínio que transcende o indivíduo, sua subjetividade e seus comportamentos, situando cada indivíduo em seus laços de parentesco e, com eles, direitos e deveres.
- b. A experiência da parentalidade: trata-se da experiência subjetiva consciente e inconsciente do fato de vir a ser pai ou mãe e de preencher os papéis parentais, como o desejo pela criança e o processo de transição em direção à parentalidade ou parentificação (modificações psíquicas que se produzem nos pais no decorrer de sua transição para a paternalidade descritos por Winnicott, 1956/1988; Bydlowski, 1995; e Stern, 1997).
- c. A prática da parentalidade: as tarefas cotidianas que os pais devem executar com a criança, ou seja, os cuidados parentais, físicos e psíquicos, concernentes a todos os aspectos da transmissão simbólica que se operam no seio da família e inscrevem o indivíduo em sua filiação.

Houzel (2004, p. 51) afirma que:

*a família é ao mesmo tempo o lugar de inscrição da criança numa genealogia e numa filiação, inscrição necessária à constituição de sua identidade e de seu processo de humanização, e o lugar de confronto de três diferenças fundadoras com que todo psiquismo humano deve deparar e resolver: a diferença de si e do outro (a alteridade), a diferença de sexos e a diferença de gerações. Queiramos ou não, nenhuma instituição pode pretender substituir a família nessas implicações fundamentais. Portanto, é urgente favorecer ao*



*máximo o funcionamento das famílias para ajudá-las a responder nas suas tarefas e, quando necessário diante das falhas graves, proporcionar substituições, mas fazê-lo respeitando tudo o que pode ser mantido dos papéis parentais.*

Houzel destaca, portanto, a importância de uma intervenção clínica que favoreça a construção da parentalidade que se potencializa tratando-se de uma maternidade adolescente na qual o exercício da parentalidade, com seus direitos e deveres, fica ameaçada de ser embargada pelos avós; a experiência da parentalidade está envolta por conflitos intrapsíquicos e a sua prática prejudicada pela imaturidade própria da adolescência.

Além disso, a parentalidade, assim como a filiação, constrói-se tanto no relacionamento desenvolvido entre pais e filhos como no mundo emocional e psíquico; esses dois processos complementares incluem a história da criança, de seus pais e de seus avós, tanto quanto o reconhecimento da história e do desenvolvimento psicosssexual infantil como suas vicissitudes. Quando perturbações ou carências são encontradas nas relações entre a criança e seus pais durante os três primeiros anos de vida, existem fortes riscos de que se desenvolva uma patologia ligada ao seu processo de subjetivação, que mais tarde demandará cuidados muitas vezes mais complexos (Solis-Ponton, 2004).

Para o desenvolvimento saudável dos bebês, são necessários cuidadores que exerçam as funções materna e paterna. Di Loreto (1997) propõe que, para que isso seja possível, o bebê conte com alguém que cuide com prazer e disponibilidade (função materna, o que permitirá a construção da confiança e da crença no encontro de um objeto que a compreenda) e alguém que coloque limite de forma firme e sólida (função paterna, o que favorecerá o processo de separação, individualização e simbolização). E, ainda, que haja sintonia e parceria entre os pais, um vínculo cooperativo, que possa conter os ataques dissociantes e incestuosos que venham a eclodir durante o crescimento dos

filhos. Na construção desse vínculo cooperativo, os pais também devem transmitir às crianças valores éticos em relação à realidade e à verdade em que vivem.

A forma como Di Loreto descreve as funções maternas e paternas necessárias para o desenvolvimento sadio do bebê não é tarefa fácil tratando-se de mães adolescentes. Muitas vezes, a figura paterna está ausente na vida desses bebês e mesmo de suas mães. Os conflitos intrapsíquicos vividos pela mãe adolescente também interferem em sua disponibilidade emocional para exercer a função materna. E diante da imaturidade própria da adolescência, é difícil que elas tenham claro quais são seus valores éticos. Esses aspectos revelam mais uma vez a importância de uma intervenção clínica que favoreça a construção da parentalidade.

Harris e Meltzer (1986/1990) apontam que as funções parentais que os preocupam profundamente podem não ter nenhuma semelhança com aquelas funções que envolvem os papéis nominais (os pais, o bebê, as crianças em idade pré-escolar, as crianças em idade escolar, os membros da comunidade adolescente, avós e membros da família ampliada). Acreditam que essas funções sejam: “gerar amor ou expressar o ódio, promover a esperança ou semear desesperança, conter a dor depressiva ou emanar a angústia persecutória, criar confusão ou promover o pensar” (p. 36). Qualquer uma dessas funções pode ser instrumentada mediante ações ou comunicações abertas ou encobertas mediante verdades ou mentiras, isto é, ações ou declarações com significados falsos.

As funções parentais do ponto de vista de Harris e Meltzer (1986/1990) requerem um desenvolvimento emocional dos pais que muitos adultos têm dificuldade em adquirir. Tratando-se de pais adolescentes, esse processo não seria ainda mais complexo?

Já Shuttleworth (1997, p. 29-30) discute as condições básicas da função parental para que se estabeleça o vínculo mãe-bebê:

*a mãe ter maturidade emocional suficiente para poder vivenciar todos os tipos de sentimentos suscitados pelo cuidado do bebê sem senti-los como ameaçadores, o bebê ter capacidade de solicitar o contato, a mãe ter suporte ambiental e um limite de demandas que ela possa suportar.*

Shuttleworth chama atenção para a qualidade da relação que se estabelece entre pais-bebê apontando condições intrapsíquicas dos pais e do bebê e ambientais. Destaca-se a capacidade ou não de convocação do bebê como um componente importante para a construção da parentalidade.

Diante dos arranjos familiares atuais, os pais, especialmente os adolescentes, encontram-se muitas vezes despojados dessas competências básicas da função parental. Sabe-se que a chegada de uma criança reestrutura a vida do pai e/ou da mãe e estabelece ressignificações das relações familiares. Anseios, medos, inquietações surgem, e notam-se alterações nos projetos de vida individuais e familiares, o que leva à necessidade de readaptações de todos os membros da família. Um filho é um terceiro que deverá ter garantido, na vida e na mente dos pais, um lugar de existência para vir a constituir sua subjetividade e construir uma história própria. Levados a situações sociais às vezes dramáticas, em que a família tradicional já não existe ou é quase inexistente, pretendo estudar como esses pais adolescentes estabelecerão os novos laços familiares e a construção da parentalidade, realizando uma intervenção clínica preventiva de patologias na relação pais-bebê.

### ***O trabalho de intervenção clínica com pais-bebê***

Ao lado do complexo processo de construção da parentalidade e do alto índice de gravidez entre as adolescentes brasileiras, há uma grande preocupação nesta obra com a prevenção de transtornos globais do desenvolvimento e/ou patologias do bebê.

Essa preocupação encontra eco em uma pesquisa na área de desenvolvimento integral da criança realizada pelo Ministério da Saúde, reconhecendo que a prevenção de patologias nesse período exerce efeitos duradouros na constituição do ser humano. Com base no Censo 2000, que indicou que a taxa de mortalidade infantil caiu 38% no Brasil, formou-se o Grupo Nacional de Pesquisa Multicêntrica do Ministério da Saúde para Validação de Indicadores de Desenvolvimento para o Pediatra (GNP), iniciado em 2002, confirmando a necessidade de implementação de um trabalho específico voltado para crianças de 0 a 3 anos na cidade de São Paulo e no Brasil (Kupfer, 2008; Kupfer *et al.*, 2009).

Em termos de saúde pública, o modelo de intervenção precoce ou de consulta terapêutica na relação pais-bebê está sendo adotado também nos países mais desenvolvidos. Na França, Laznik (2001) vem coordenando a Enquête Nationale Sur le Développement du Nourrisson, Centres de Protection Maternelle et Infantile du Département et l'Association *PREAUT*. Esse projeto de pesquisa é parte integrante da rede nacional de investigação sobre o autismo nesse país, em que os pediatras são formados para reconhecerem os indicadores precoces de riscos no desenvolvimento, especialmente o autismo. Esse trabalho conjunto entre médicos e psicanalistas tem sido muito bem acolhido pelos médicos da primeira infância, confirma Laznik, corroborando o que Winnicott, psicanalista, médico pediatra de formação, dizia sobre o papel essencial do pediatra de prevenir doenças mentais.

Laznik, ainda, em conferência realizada em 2001 – Detecção Precoce pelo Pediatra dos Distúrbios no Vínculo Pais/Bebê (Ênfase no Risco de Evolução Autística), afirmou que 1 em 1.000 crianças apresentam distúrbios invasivos do desenvolvimento e lembrou que Serge Lebovici afirmava que a intervenção nos primeiros doze meses era capaz de reverter ou curar o autismo.

O estudo clínico da psicopatologia<sup>8</sup> do bebê é uma nova área de pesquisa que permite a compreensão das psicopatologias precoces presentes tanto no bebê como em sua relação com seus pais, e possíveis intervenções que auxiliem na prevenção de transtornos mais graves de desenvolvimento, não apenas do autismo.

As psicopatologias são detectadas com base na capacidade de observação do médico ou do profissional de saúde em relação ao bebê e em relação ao vínculo pais-bebê durante as consultas. Uma vez excluídas todas as possibilidades de causas orgânicas, ou mesmo em sua existência, um manejo mais eficiente das orientações poderá ser realizado e uma intervenção se fará necessária para a remoção dos sintomas. Entre as expressões sintomáticas do bebê mais comumente observadas, segundo Mazet e Stoleru (1990), estão: transtorno da expressão somática; síndromes gerais; transtornos do desenvolvimento; transtornos do comportamento; manifestações afetivas e os grandes agrupamentos nosográficos como transtornos globais de desenvolvimento e estados deficitários, tão frequentes em situações clínicas.

Stern (1997) propõe várias janelas clínicas para a avaliação da interação pais-bebês: no período de 0 a 2,5 meses, observa a capacidade da mãe de alimentar e/ou colocar o bebê para dormir e episódios de choro e tranquilização; entre 2,5 e 5,5 meses, a interação social face a face, sem brinquedos ou outros objetos; entre 5,5 e 9 meses, observa o brincar com um objeto inanimado, como a mãe/o pai e o bebê

---

8 O termo “psicopatologia” não é tomado aqui de forma estanque e totalmente definida como um quadro nosográfico. Significa um conjunto de sintomas e desordens que, com frequência, revelam desadaptações no funcionamento das relações pais-bebês, em que estas têm possibilidade de modificações sempre que um dos membros da relação se modifique. O estudo das psicopatologias do bebê desenvolvido por Lebovici e Weil-Halpern (1989) é resultado de uma investigação multidisciplinar do estudo do desenvolvimento precoce do recém-nascido inserido em um contexto familiar e sociocultural, abarcando várias especialidades: psiquiatria, pediatria, psicanálise infantil, psicologia social, psicossomática, etologia humana.

conduzem a “direção, *timing*, foco, elaboração, estimulação, mudança de assunto e desligamento em relação àquela brincadeira” (p. 76); entre 8 e 12 meses, observa dois eventos desenvolvimentais importantes que são o apego e a separação em relação à cuidadora primária; entre 18 e 24 meses, observa o advento da linguagem e a capacidade de brincar com os objetos, assim como o aumento na mobilidade e na capacidade física, que leva à necessidade de estabelecer limites, e processo de socialização.

Pesquisas norte-americanas apontam que os indicadores de violência estão relacionados ao modo pelo qual tratamos nossas crianças desde o início de suas vidas (Verny, 1997). O estudo das psicopatologias do bebê, assim como o trabalho de construção da parentalidade, são preventivos nesse sentido também.

A terapia do relacionamento pais-filho tem sido recomendada por numerosos autores psicanalistas para prevenção de psicopatologias do bebê diante de algum indicador de risco. Winnicott (1971), apesar de ter levado em consideração a influência dos pais na patologia da criança, raramente intervinha de forma direta nas interações entre eles durante as consultas terapêuticas. Mahler (1967) utilizava a psicoterapia mãe-filho nos casos de psicose simbiótica, nos quais as fantasias maternas eram importantes para a manutenção da ilusão simbiótica da criança. No entanto, a introdução sistemática do trabalho de psicoterapia ou de psicoterapia breve com mães e bebês, nos países de língua inglesa, deve-se principalmente a Fraiberg (Fraiberg, Adelson & Shapiro, 1975), pois foi ela quem chamou a atenção para a invasão das fantasias maternas no funcionamento do bebê, em forma de “fantasmas no quarto das crianças”. Ainda entre os ingleses, destaca-se o método de observação de bebês desenvolvido por Esther Bick (1948/1967), que se desdobrou em contribuições ímpares sobre o desenvolvimento emocional do recém-nascido e sobre o vínculo afetivo mãe-bebê. Entre seus discípulos estão: Perez-Sanchez (1983), Piontelli (1986), Harris (1988), Stern (1992), Salinas *et al.* (1992), Mélega

(1997), Vilete (1997) e Caron (1997). Mais recentemente, tem derivado em intervenções na relação pais-bebê com base nesse método, como os trabalhos de Williams (1997a, 1997b, 1999), Houzel (2000), Mendes de Almeida (1997), Mendes de Almeida, Marconato e Silva (2004), Marconato (1997), Moro e Barriguete (1998), Farias (2000) e Silva (2002).

Nos países de língua francesa, Lebovici (1986) foi pioneiro nas consultas terapêuticas que incluem o brincar da criança na presença da mãe, possibilitando romper certos círculos viciosos sintomáticos. Por anos, esse autor pesquisou mais profunda e produtivamente a noção de consultas terapêuticas de pais-bebês (Lebovici, 1991), desenvolvendo conceitos que se tornaram clássicos desde então, como “transmissão de geração para geração”, empatia metaforizante<sup>9</sup> e *enactment*.<sup>10</sup> A característica original da abordagem de Lebovici é a intervenção direta com o bebê na presença dos pais, e as repercussões terapêuticas resultantes na situação familiar como um todo e, em particular, nas repetições transgeracionais dos pais.

Outra figura pioneira é Cramer (1974), com seu trabalho sobre intervenções terapêuticas breves e seu importante conceito de “mutualidade psíquica” entre pais e filhos, mediada por processos de projeção, introjeção e identificação. Seu trabalho ilustra os resultados positivos desse tipo de terapia (Cramer & Stern, 1988) e a natureza do processo psicoterapêutico dessa abordagem (Cramer & Palacio Espasa, 1993) que ele recomenda, particularmente, no período

---

9 Empatia metaforizante é um estado de ligação perceptiva e emocional com o sofrimento da família que até o momento não pôde ser nomeado, mas que, ao ser trabalhado com o terapeuta, pode ser vivido como uma experiência corretiva do que não foi possibilitado no início do desenvolvimento. Uma intervenção do terapeuta pode condensar aspectos de observação de interações e percepções de conteúdos fantasmáticos transgeracionais, permitindo o contato com esses aspectos até então inconscientes.

10 O *enactment* propicia a interpretação metaforizante do analista e, portanto, uma percepção empática. O *enactment* é a promulgação do mandato transgeracional.

imediatamente após o nascimento do bebê (Cramer, 1982). Ele tem chamado a atenção do terapeuta para a importância técnica de formular um “foco terapêutico” e de descobrir as “sequências interativas sintomáticas” entre o bebê e a mãe, tendo em vista a elaboração desse foco (Cramer & Palacio Espasa, 1993). Manzano e Palacio Espasa utilizam o termo “consultas terapêuticas” para nomear o trabalho de psicoterapia breve com mãe e filhos muito jovens (1981, 1982 e 1994). Essa concepção mais ampla da consulta terapêutica, na qual a terapia é efetuada de ambas as formas, com cada um dos pais e com o filho, de acordo com as circunstâncias, é atualmente usada na França, e alguns dos clínicos que trabalham com essa modalidade têm ampliado de forma produtiva e original esse modelo de intervenção – em particular Lebovici (1993a), Berger (1987), Golse (1966), Houzel (1995), Sanchez-Cardenas (1994), Moro (2005), Guedeney (2001) e Solis-Ponton (2004).

Bowlby (1990) investigou o papel fundamental dos vínculos de apego desde o nascimento e a primeira infância para a formação do sujeito. Ressalta as diversas formas de privação de cuidados maternos como precursores de transtornos psicopatológicos na criança e suas repercussões no desenvolvimento socioemocional do indivíduo. As relações familiares se sustentam pelo apego, que constitui a base essencial dos vínculos sociais e que unem as gerações sucessivas na espécie humana. Winnicott (1975a) destaca a preocupação materna primária como fundamental para o desenvolvimento emocional do bebê, ou seja, a capacidade da mãe de poder ir ao encontro das necessidades básicas de seu bebê. Lebovici (1991) chama de antecipações maternas essa capacidade de responder ao bebê com base em sinais que ele transmite sobre suas necessidades, fundamental como indicativo da reciprocidade das relações afetivas para o desenvolvimento progressivo da inter-relação. Durante as consultas, Lebovici se interessa justamente por essas interações, as modalidades e as sutilezas



das comunicações mãe-pai-bebê, e suas ressonâncias nos terapeutas, por meio dos processos de transferência e contratransferência.

Durante uma consulta terapêutica, procura-se conhecer o bebê no discurso dos pais colhendo dados das entrevistas e da observação direta do bebê real (Silva, 2002). A investigação deve se fazer tanto a partir das descrições que a mãe e o pai fazem de seu filho no momento atual (pesquisa sincrônica) como das descrições feitas da própria história e da história do bebê (pesquisa diacrônica).

Com base na utilização de consultas terapêuticas com a família, procura-se o acesso a diferentes representações do bebê imaginário,<sup>11</sup> fantasmático,<sup>12</sup> cultural<sup>13</sup> e real,<sup>14</sup> que os progenitores, em função de sua história, têm de seu pequeno filho. O objetivo dessas consultas é,

---

11 O bebê imaginário é essencialmente pré-consciente, elaborado durante a gravidez mediante um processo de *rêverie* diurno (sonhar acordado e devaneios). Esses devaneios podem ou não ser compartilhados entre os pais. Nesse espaço psíquico, têm lugar a escolha do nome do bebê e outros processos semelhantes repletos de expectativas e idealização, influenciados pelo processamento (ou metabolismo) da idealização da criança por meio da vida conjugal dos pais.

12 O bebê fantasmático é essencialmente inconsciente. Sua origem remete às raízes infantis do desejo da menina de ter um bebê. Na menina que logo será a mãe, aparece o desejo de concepção próximo à figura do avô materno do bebê. No menino existe o mesmo desejo, de ser pai com a futura avó paterna do bebê. Os conflitos não elaborados regem fortemente as notas dessa dimensão intrapsíquica que se pode considerar determinante da relação. Em muitas situações, os conflitos não resolvidos dessa etapa da vida podem retornar com muita força no período perinatal (por exemplo, o medo do incesto).

13 O conceito de bebê cultural tem origem na antropologia; ele é concreto e real, tem de ser construído com a mãe, o pai, a família e compartilhado com todos em todos os níveis de relações e interações: comportamentais (muitas vezes a mãe não olha o bebê, às vezes não toca o bebê), interações afetivas (desejar ou rejeitar o bebê, tudo o que se espera do bebê), fantasmático (ser mãe e mulher é a mesma coisa ou não).

14 O bebê real é aquele que podemos observar e confrontar o que observamos com as representações imaginárias e fantasmáticas do bebê relatadas pelos pais (Lebovici, 1993a, 1993b; Lebovici *et al.*, 1998).

por meio da investigação das fantasias transgeracionais, retirar o bebê dos investimentos inconscientes nele depositados pelos pais e favorecer a elaboração de conflitos associados à parentalidade (Lebovici, 1993a, 1993b).

Freud, durante a Conferência de 17 de novembro de 1909, “O que pode esperar a pediatria da pesquisa psicanalítica”, na Sociedade Psicanalítica de Viena, referindo-se às descobertas da psicanálise com relação ao desenvolvimento emocional infantil e às fantasias inconscientes, comentou: “Todas as coisas que afirmamos têm a sua origem na infância, embora naturalmente não têm sido descobertas na criança. Então só as poderíamos considerar estabelecidas uma vez confirmadas pelo pediatra” (1967, p. 319).

E mais a seguir disse:

*o pediatra deveria incluir na descrição do quadro clínico certas circunstâncias da vida da criança, se é o primeiro ou último filho, os acontecimentos anteriores ao aparecimento da doença (conflitos, nascimentos, mortes etc.), enfim toda a situação familiar. Desse jeito se fará manifesto qual é a parte dos fenômenos psíquicos que retorna na patologia orgânica, e assim podemos descobrir a contribuição do psíquico. Também é importante distinguir o que é herança, do que é adquirido. O pediatra nos pode brindar com esclarecimentos sobre a origem dos afetos. Durante um certo tempo a pesquisa com crianças deverá estar dominada pela experiência adquirida no tratamento dos adultos, embora não seja o ideal. [...] A neurose dos pais se levanta como um muro diante da neurose da criança (p. 319-20).*

Nesse sentido, o pediatra Leonardo Posternak (2001) lembra que Winnicott, em seu duplo papel de pediatra e psicanalista e com sua

imensa sabedoria, tentou (bem que ele tentou) dar seu aporte e mostrar que ser pediatra tem outros significados ligados a seu papel na prevenção da doença mental. E conclui seu texto solicitando aos psicanalistas que ajudem pediatras e médicos em geral a entender que:

*a transferência e a contratransferência existem em toda a relação humana, não só em psicanálise; que a ansiedade forma parte da nossa tarefa; que ao respeitar o ritmo das pessoas e das famílias, com muito cuidado, companhia e paciência os pediatras podem colaborar no melhor desempenho e adequação; que a família é um local de afetos e conflitos de que os pediatras devem cuidar muito e sempre; que é importante o olhar do pediatra para si próprio, para as outras disciplinas e para a sociedade com um olhar diferente (p. 73).*

É nesse âmbito que esta pesquisa se insere: por um lado, favorecer a construção da parentalidade em mães adolescentes, investigando e identificando quais são os fatores mais importantes nessa construção e prevenindo os possíveis transtornos de desenvolvimento de seus bebês. Por meio do trabalho de intervenção precoce, pretende ajudar principalmente as mães adolescentes a olhar pelos olhos da criança; a compreender ansiedades, necessidades, comportamentos e comunicações de seus bebês; discriminar os incômodos das crianças de transtornos ou desordens emocionais; desenvolver a função materna e paterna e recuperar o infantil no adulto; discriminar os problemas próprios que são projetados sobre seus bebês; lidar com situações de ansiedade impensáveis e encorajar a confiança em suas capacidades. E, por outro, pretende contribuir com os profissionais de saúde assinalando aspectos que apontam para a importância das funções materna e paterna nos primeiros tempos de vida, indicando características envolvidas nos vínculos familiares que interferem no

desenvolvimento global da criança. Dessa forma, esses profissionais, de extrema relevância social e enquanto “multiplicadores de saúde” junto a amplos setores da população, de posse dos dados aqui apresentados, podem se tornar mais atentos aos fenômenos relacionados à construção da parentalidade e favorecer os vínculos familiares diferenciando os aspectos obstaculizantes do crescimento físico e emocional da criança, encaminhando-a a profissionais especializados e prevenindo, dessa forma, os transtornos de desenvolvimento.

Por fim, este livro propõe um modelo de intervenção para se constituir em um instrumento para os profissionais que trabalham com pais adolescentes e seus bebês e/ou crianças pequenas, contribuindo para a construção de uma *clínica da parentalidade* com uma dimensão intersubjetiva e intrapsíquica.



Temos aqui um modelo de intervenção clínica como contribuição para políticas públicas relativas à maternidade na adolescência e à construção da parentalidade.

*Gilberto Safrá (Psicanalista)*

Cecília nos mostra como uma prática psicanalítica verdadeira pode ser fértil e necessária a adolescentes que demandam uma parentalização para também parentalizar.

*Magaly M. Marconato Callia (Psicanalista) (in memoriam)*

Esta nova obra vai, como um bebê recém-chegado, entusiasmar a família ampliada dos interessados na área das relações iniciais!

*Mariângela Mendes de Almeida (Psicanalista)*

Este livro amplia nossa percepção da complexidade das relações iniciais, especialmente quando a mãe é adolescente. Com certeza é muito bem-vindo!

*Honorina de Almeida (Médica pediatra)*

PSICANÁLISE

ISBN 978-85-212-2315-3



9 788521 223153



[www.blucher.com.br](http://www.blucher.com.br)

**Blucher**



Clique aqui e:

[VEJA NA LOJA](#)

## A construção da parentalidade Intervenção e prevenção

---

Maria Cecília Pereira da Silva

ISBN: 9788521223153

Páginas: 456

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2024

---