

# O AT no Puerpério: Histórias de Vizinhança

**Eixo Temático:** AT E A CONTEMPORANEIDADE - Novos Campos de Intervenção

## Autor:

Sandra Feliciano

Maria Heloísa Toledo

Mariana Garcez Ribeiro

Grupo Primeiras Histórias - Brasil

## RESUMO

*O puerpério é um momento que carrega em si algumas particularidades. É um momento de crise, no qual ocorrem muitas transformações, de diversas ordens. Não raro, ele é vivido com muita angústia, solidão e desorganização psíquica. Ser mãe ou pai na contemporaneidade, não pode ser pensado fora da nossa cultura, a qual supõe uma mãe idealizada, sem falhas e sem ambivalência em relação à sua maternidade.*

*Neste contexto, o Grupo Primeiras Histórias oferece atendimento às famílias recém-nascidas e tem como norteadores algumas perguntas: Porque intervir neste momento é tão importante? Porque ir à casa destas mulheres e famílias faz sentido? Do que cuidamos quando vamos à casa de uma puérpera? E o que promovemos ao cuidarmos destas primeiras histórias?*

*O presente trabalho se propõe a pensar como o dispositivo do AT pode contribuir para a construção de uma clínica ampliada, que possa construir sentidos, ampliar recursos e cuidar das famílias que estão passando, cada uma à sua maneira, por este momento de crise.*

**Palavras-chave:** AT, Puerpério, Parentalidade, Clínica Ampliada, Crise

**Link:** <https://youtu.be/HRwiXzK6ON4>

## O AT no Puerpério: Histórias de Vizinhança

*“A imaginação é mais importante que o saber.”*

Einstein

Quando chega um bebê (independente da via pela qual ele chega), muita coisa muda, pra não dizer tudo. Um bebê exige do outro uma disponibilidade total pois, apesar de ter muitas competências, depende inteiramente do outro para a satisfação de suas necessidades básicas. Ou seja, um bebê não sobrevive sem o outro e, ainda, um bebê não se torna humano sem um outro. As afirmações acima alçam, imediatamente, qualquer um que se lance nesta tarefa (de cuidar de um bebê), a um lugar de complexidade inimaginável e repleto de angústias.

Daí, podemos pensar que tornar-se mãe ou pai não se dá automaticamente, como se bastasse a chegada do bebê e pronto! É da ordem de um processo, uma construção que traz consigo uma convocação para a realização de um intenso investimento psíquico, implicando uma série de lutos e transmutações, bem como a suspensão de tantas convicções, e também a movimentação de posições subjetivas perante a família e o entorno. Aliás, basta ouví-los para que essa dimensão se faça presente: “eu não reconheço mais a pessoa que sou...em algum momento vou ter minha vida de volta?” ou “eu sei que parece injusto afinal meu filho tão desejado nasceu com saúde , mas não consigo sentir esse amor de mãe que todo mundo diz que sente” são falas comuns de mães vivendo essa passagem.

Portanto, a chegada de um bebê em uma família é um momento de crise no qual muitas coisas são deslocadas, o que pode ser vivido com muita angústia, solidão e desorganização psíquica.

Vale lembrar que ser mãe ou pai na contemporaneidade, não pode ser pensado fora da nossa cultura, a qual supõe uma mãe idealizada, sem falhas e sem ambivalência em relação à sua maternidade. Existe um ideal, em relação ao lugar dessa parentalidade, praticamente inalcançável. E isto não é sem efeitos.

Muitas mulheres, ao empreenderem o caminho da maternidade, relatam um sentimento de insegurança, aprisionamento, de falta de liberdade e autonomia. De muita confusão sobre o melhor a ser feito para seu bebê, e muita culpa quando as coisas não saem como esperado, ou como lhe disseram que seria melhor. De dificuldade em pedir ajuda por medo de reconhecer e expor suas fragilidades e ser julgada por isto. Não há espaço para o não saber, pois a maternidade é tomada como algo instintivo e natural, o tal do “instinto materno”. Não cabem, portanto, a confusão, a dúvida ou sentimentos ambivalentes, o que acaba por deixar muitas mulheres destruídas e destituídas de sua singularidade.

Não por acaso o índice de depressão no pós-parto, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é de 19,8% em países de baixa renda. De acordo com estudo da Fiocruz de 2011/2012, no Brasil o índice de mulheres com sintomas é de 26,3%, índice maior do que o registrado também em países da Europa, além de Estados Unidos e Austrália.

São muitos os processos psíquicos a serem feitos frente ao que se perde quando se ganha um bebê: alguns lutos se fazem necessários já que este é um momento de ajuste entre expectativa e realidade.

Tudo aquilo que a mulher sonhou, esperou e desejou durante a gravidez, é confrontado com a exigente realidade de cuidar de um recém-nascido o qual, na verdade, ela ainda não necessariamente ama ou conhece. Ela tem que se haver com a perda do lugar exclusivo de filha ocupado até então, para construir seu lugar de mãe **daquele** bebê, ao mesmo tempo em que ela tem que desconstruir a fantasia do bebê que idealizou para passar a conhecer o bebê real que agora a demanda. Concomitante a isto, há uma avalanche hormonal, junto com uma transformação radical da sua vida social e também da dinâmica do casal e sua vida sexual, ao mesmo tempo em que não pode escapar de entrar em contato com seu corpo do pós parto, radicalmente diferente do corpo ideal fantasiado.

Por vezes, frente a essa tarefa, a mulher pode se sentir desamparada e sozinha e estes são alguns dos grandes desafios do início da vida da mãe e do bebê.

Enquanto isso, do ponto de vista do bebê, quando ele sai do conforto e estabilidade do útero, nasce um mundo totalmente desconhecido e cheio de

novos estímulos. Ele chega em uma condição de tamanha vulnerabilidade, que ter alguém que possa investir nele (sob todos os aspectos) se faz necessário não apenas para sua sobrevivência, mas para que, a partir daí, possa tornar-se sujeito da nossa cultura. E é a partir do cuidado e do vínculo que vai se estabelecendo, que a mãe ou pai podem investir psiquicamente e estar afetivamente envolvidos com esse bebê, para que ele cresça, se desenvolva e se constitua enquanto sujeito.

A ciência tem mostrado que a qualidade desse vínculo emocional formado com a pessoa que faz o papel de cuidadora principal nos primeiros meses é vital para o desenvolvimento social, cognitivo e emocional no longo prazo, isto é, para toda a vida futura do bebê. Sendo assim, frente aos tantos desafios deste começo, cuidar destas primeiras histórias entre pais e bebês pode semear um terreno propício à criação de um vínculo saudável e fortalecer a construção das funções parentais o que, por sua vez, oferece um solo fértil para o desenvolvimento psíquico do bebê.

Levemos em consideração então, que a experiência humana pressupõe dependência e cuidado. Os cuidadores aprendem essa arte no início da vida, através do cuidado ministrado pela mãe, ou ainda, por mães suficientemente boas, como diria Winnicott. Todos nós, sem exceção, fomos cuidados. Se estamos hoje aqui, é porque fomos cuidados por alguém, enquanto bebês, de forma mais ou menos satisfatória.

Desde Freud, quando destacamos a relação mãe-bebê como protótipo de qualquer relação de cuidado, não podemos deixar de pensar que a forma como uma mãe cuida de seu bebê é também função do que aquele bebê representa imaginariamente para ela.

Winnicott, por sua vez, demonstra que o cuidado satisfatório da mãe suficientemente boa caracteriza-se por envolver a experiência de frustração, sempre presente, com um espaço transicional ilusório que também será matriz para a ilusão criadora do bebê. A partir do momento que a mãe pode oferecer cuidado de acordo com as necessidades pulsionais do bebê, onde a fantasia do bebê está alinhada com a experiência (Realidade), o bebê pode ir criando a noção que existe um mundo externo a si. Inicia-se nesse processo, a possibilidade de integração, onde é inaugurado a esse bebê a noção de

coesão em um só corpo, no tempo e no espaço, e é essa experiência que vai possibilitar que o bebê se reconheça como um Eu coeso.

Neste sentido, a dimensão do cuidado sempre e necessariamente inclui o sujeito a ser cuidado e o lugar em que o colocamos. Cuidado, portanto, em que desejo e subjetividade são necessariamente reconhecidos.

Assim, podemos pensar no cuidado como uma atividade integralmente aberta e multifacetada, e que assume suas formas possíveis somente quando a experiência do desejo, da alteridade e a questão do compartilhamento encontram-se esboçadas ainda que de modo preliminar. Ou seja, o cuidar implica compartilhar experiências individuais e sociais.

Cuidar do outro pode equivaler tanto a um saber o que fazer com o outro – cuidado meramente protocolar –, quanto a um querer-saber, feito de pura disponibilidade: “Eu cuido de você! Não porque devo ou preciso, mas porque posso”.

Mesmo que um outro precise ou demande cuidados, existe ali um sujeito a ser cuidado, fato que leva em consideração o cuidado-de-si. Assim, o manejo no cuidar deve evitar atitudes que “sabem o que fazer com o outro”, como se, de antemão, o lugar de quem recebe cuidados fosse pré-ordenado e conhecido por aquele que cuida.

Winnicott afirma que qualquer profissional de saúde precisa ter a capacidade de, através da imaginação, penetrar nos pensamentos e nas esperanças do outro. Se não for mantida esta disponibilidade essencial para o cuidar, o AT ficará restrito ao exercício de uma função técnica e prática, sob risco de limitar sua atuação ao cuidado meramente protocolar, fadado ao insucesso, não-adesão, iatrogenia ou mesmo vindo a trazer sofrimento para alguns.

Assim, caso exista alguma identidade no AT, ela certamente poderá ser construída a partir do cuidado.

Ao ir à casa dessas famílias, não só cuidamos da mãe, mas das relações que ali se enredam. Escuta-se a casa, o cansaço, o choro, os cheiros... Fazemos não só uma escuta do discurso, mas disponibilizamos um olhar e um corpo que legitimam e autorizam o outro a experimentar-se, a criar um caminho próprio. Entendemos que nesse momento de “enlouquecimento” (como diria

Winnicott) da mulher e família, a continência se dá também no corpo e na experiência compartilhada.

Partindo de tais reflexões, podemos dar contorno real à importância de oferecer escuta e cuidado à singularidade desta mulher, implicada em todas as questões que o puerpério a convoca, e do como poder escutar a subjetividade pode favorecer o fortalecimento dessa mãe (ou pai) que nasce, não necessariamente, junto com seu bebê.

Um exemplo para ilustrar: Uma paciente pede auxílio, pois sentia-se extremamente angustiada por não conseguir dar banho em seu filho recém nascido. Sentia-se frustrada com sua incapacidade de cuidar do próprio filho, e era tomada por um medo paralisante de deixá-lo escorregar e afogá-lo. Ao encontrar a AT e falar sobre seus medos, a mãe pergunta se podem dar banho juntas no bebê. Claro! Ela começa a dar banho e, de repente, sente-se paralisada por um medo terrível. Pergunta se a AT pode segurá-lo um pouco e, em seguida, se ela poderia terminar de dar o banho. A AT termina o banho e pega a toalha, toda desengonçada, com a boca, para embrulhar o bebê. A mãe, observando a cena, começa a rir e diz: “Nossa, mas é assim que dá banho? Que desengonçada!”. No que a AT responde: “Mas é só assim que eu sei!”. Compartilhar essa experiência inaugurou, pra esta mulher, a possibilidade de se experimentar neste lugar, já que não havia uma maneira “certa”, “bonita” ou única de dar banho num bebê.

Ao falar em Clínica Ampliada, entendemos que, antes de qualquer conceito ou concepção, existe o princípio da totalidade do ser, ou seja, a necessidade do homem ser tratado como sujeito biopsicosocial, valorizado em suas singularidades, sem ser retalhado em patologias ou fragmentado em partes.

É importante reconhecer que experiências clínicas centradas na atitude de permanecer junto ao paciente foram absolutamente decisivas para que uma transformação profunda na mentalidade de psicólogos, médicos e profissionais de saúde se fizesse. Afastando-se do modelo contratual do consultório, ganha importância acompanhar o sofrimento, compartilhar a experiência da loucura, psicose, angústia e estranhamento.

Partimos sempre do princípio de tomar o sujeito que nos procura como agente principal, como dono da demanda (sintoma e sofrimento) e do saber sobre ele.

Dentro do contexto do puerpério, a intervenção no corpo a corpo, com uma escuta atenta na construção de um caminho singular, pode promover a retomada da possibilidade do “cuidar-se”, isto é, de produzir continuamente o sentido necessário, em resposta às solicitações da realidade cotidiana, simultaneamente objetiva e subjetiva. Ou seja, que essas mulheres possam olhar para si e se tornarem as melhores mães que podem ser, de acordo com seus próprios referenciais, e que não precisem, necessariamente, passar por todos os percalços sozinhas.

Para tal, é imprescindível que o saber possa ser (re-)apropriado pelo sujeito que “sofre” e que não permaneça centrado no profissional que acompanha o sujeito. Nesse processo de re-apropriação do saber pelo sujeito, as ações do trabalhador têm valor decisivo e dependem da ética que as regula.

Assim, desde o início, somos – inclusive como acompanhantes terapêuticos – convocados a cuidar, o que significa permitir que alguém dependa de nós. Mas, como alguém pode se deixar depender ou ser cuidado por alguém estranho, no sentido de que nunca foi re-conhecido (não entendo esse re-conhecido da frase)? O que possibilita tal experiência? Certamente a confiança, seja por um lado, construída a partir da atitude do AT, seja por outro lado, sustentada por uma suposição de saber ao sujeito.

O AT ocupa um lugar de suposto saber, que se especifica enquanto um suposto saber em cuidar, introduzindo o acompanhante e o paciente na dimensão transferencial. É esta relação, estabelecida entre esse par, que possibilita o contexto seguro e confiável da diáde, supondo-se que exista alguém que sabe cuidar.

Nesse contexto, o Grupo Primeiras Histórias foi entendendo que seu papel frente à demanda que nos convoca é promover o melhor desfecho possível entre bebês e seus pais ou cuidadores. Para isto, contamos com o corpo, com a imaginação, com a disponibilidade para o outro e com a escuta para a subjetividade e singularidade de cada sujeito e de cada encontro.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

LEBOVICE, S. (1987). O Bebê, a mãe e o psicanalista. Porto Alegre: Artes Médicas.

PIEROTTI, M.M.S, Levy, L, Zornig, S. (2010) O Manhês: construindo laços.  
In: Estilos Clinica. Vol.15 no2. São Paulo

PORTE, M; SERENO, D. Sobre acompanhamento Terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES

TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL DIA A CASA (org). A Rua como Espaço Clínico. São Paulo: Escuta Ed, 1991.

SANTOS, E.M.; Kirschbaum, D.I.R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão

bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2008;10(1):220-227.  
Available from <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>

WENDLAND , JAQUELINE, A Abordagem Clínica das Interações Pais-Bebê.

In: Psicologia: Reflexão e Crítica,

Lille, Universidade de Lille III 2001, França

W, D.Winnicot. (1964) - "A importância do setting no encontro com a regressão na psicanálise"" In: Explorações

Psicanálticas - Organizadores; Clare Winnicott, Ray Shepheder, Madeleine Davis. Porto Alegre: Artes médicas, 1994.

\_\_\_\_\_, D.W. (1982) A criança e o seu mundo. Rio de Janeiro: LTC editora

\_\_\_\_\_, D. W. A Preocupação Materna Primaria. In: Da Pediatria à Psicanálise: Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000. pp 399-405. ( Trabalho original publicado em 1956)

[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/03/160308\\_pesquisa\\_fiocruz\\_depressao\\_parto\\_ip](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/03/160308_pesquisa_fiocruz_depressao_parto_ip)

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a26v14n1.pdf>

[http://www.heab.fmrp.usp.br/App\\_Data/Conteudo/Arquivos/Humanização/Clinica%20Ampliada.pdf](http://www.heab.fmrp.usp.br/App_Data/Conteudo/Arquivos/Humanização/Clinica%20Ampliada.pdf)

<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/6579/S0104-12902011000300018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## **RESUMEN**

El puerperio es un momento que lleva en sí algunas particularidades. Es un momento de crisis, en el que ocurren muchas transformaciones, de diversas órdenes. No es raro, él es vivido con mucha angustia, soledad y desorganización psíquica. Ser madre o padre en la contemporaneidad, no puede ser pensado fuera de nuestra cultura, la cual supone una madre idealizada, sin fallas y sin ambivalencia en relación a su maternidad.

En este contexto, el Grupo Primeras Historias ofrece atención a las familias recién nacidas y tiene como orientadores algunas preguntas: ¿Por qué intervenir en este momento es tan importante? ¿Por qué ir a la casa de estas mujeres y familias tiene sentido? ¿Qué cuidamos cuando vamos a la casa de una puérpera? ¿Y qué promovemos al cuidar de estas primeras historias?

El presente trabajo se propone pensar cómo el dispositivo del AT puede contribuir a la construcción de una clínica ampliada, que pueda construir sentidos, ampliar recursos y cuidar a las familias que están pasando, cada una a su manera, por este momento de crisis.

## **Eje Temático: AT Y LA CONTEMPORANEIDAD**

### **- Nuevos Campos de Intervención**

### **El AT en el Puerperio: Historias de Vecindad**

"La imaginación es más importante que el saber."

Einstein

Cuando llega un bebé (independiente de la vía por la que llega), muchas cosas cambian, por no decirlo todo. Un bebé exige del otro una disponibilidad total pues, a pesar de tener muchas competencias, depende enteramente del otro para la satisfacción de sus necesidades básicas. Es decir, un bebé no sobrevive sin el otro y, aún, un bebé no se vuelve humano sin otro.

Las afirmaciones arriba alzan inmediatamente a cualquiera que se lance en esta tarea (de cuidar de un bebé), a un lugar de complejidad inimaginable y repleto de angustias.

De ahí, podemos pensar que convertirse en madre o padre no se da automáticamente, como si bastara la llegada del bebé y listo! En el orden de un proceso, una construcción que trae consigo una convocatoria para la realización de una intensa inversión psíquica, implicando una serie de lutos y transmutaciones, así como la suspensión de tantas convicciones, y también el movimiento de posiciones subjetivas ante la familia y el entorno. Por otra parte, basta oírlos para que esa dimensión se haga presente: "yo no reconozco más a la persona que soy ... en algún momento voy a tener mi vida de vuelta?" O "sé que parece injusto al final mi hijo tan deseado nació con salud pero no puedo sentir ese amor de madre que todo el mundo dice que siente "son palabras comunes de madres que viven ese pasaje.

Por lo tanto, la llegada de un bebé en una familia es un momento de crisis en el que muchas cosas son desplazadas, lo que puede ser vivido con mucha angustia, soledad y desorganización psíquica.

Es importante recordar que ser madre o padre en la contemporaneidad, no puede ser pensado fuera de nuestra cultura, la cual supone una madre idealizada, sin fallas y sin ambivalencia en relación a su maternidad. Hay un ideal, en relación al lugar de esa parentalidad, prácticamente inalcanzable. Y esto no es sin efectos.

Muchas mujeres, al emprender el camino de la maternidad, relatan un sentimiento de inseguridad, aprisionamiento, de falta de libertad y autonomía. De mucha confusión sobre lo mejor que se debe hacer para su bebé, y

muchas culpas cuando las cosas no salen como se esperaba, o cómo le dijeron que sería mejor. De dificultad en pedir ayuda por miedo a reconocer y exponer sus fragilidades y ser juzgada por esto. No hay espacio para no saberlo, pues la maternidad es tomada como algo instintivo y natural, el tal del "instinto materno". No caben, pues, la confusión, la duda o sentimientos ambivalentes, lo que acaba por dejar muchas mujeres destruidas y destituidas de su singularidad.

No por casualidad el índice de depresión en el posparto, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es del 19,8% en países de bajos ingresos. De acuerdo con el estudio de Fiocruz de 2011/2012, en Brasil el índice de mujeres con síntomas es de 26,3%, índice mayor que el registrado también en países de Europa, además de Estados Unidos y Australia.

Son muchos los procesos psíquicos a ser hechos frente a lo que se pierde cuando se gana un bebé: algunos lutos se hacen necesarios ya que éste es un momento de ajuste entre expectativa y realidad.

Todo lo que la mujer soñó, esperó y deseó durante el embarazo, se enfrenta a la exigente realidad de cuidar de un recién nacido que, de hecho, todavía no necesariamente ama o conoce. Ella tiene que tener con la pérdida del lugar exclusivo de hija ocupado hasta entonces, para construir su lugar de madre de aquel bebé, al mismo tiempo que tiene que deconstruir la fantasía del bebé que ideó para pasar a conocer al bebé real que ahora la demanda. Concomitante a esto, hay una avalancha hormonal, junto con una transformación radical de su vida social y también de la dinámica de la pareja y su vida sexual, al tiempo que no puede escapar de entrar en contacto con su cuerpo del post parto, radicalmente diferente del cuerpo ideal disfrazado.

A veces, frente a esa tarea, la mujer puede sentirse desamparada y sola y estos son algunos de los grandes desafíos del inicio de la vida de la madre y del bebé.

Mientras tanto, desde el punto de vista del bebé, cuando sale del confort y estabilidad del útero, nace un mundo totalmente desconocido y lleno de nuevos estímulos. Él llega a una condición de tal vulnerabilidad, que tener a

alguien que pueda invertir en él (bajo todos los aspectos) se hace necesario no sólo para su supervivencia, sino para que, a partir de ahí, pueda convertirse en sujeto de nuestra cultura. Y es a partir del cuidado y del vínculo que se va estableciendo, que la madre o padre pueden invertir psíquicamente y estar afectivamente involucrados con ese bebé, para que él crezca, se desarrolle y se constituya como sujeto.

La ciencia ha demostrado que la calidad de ese vínculo emocional formado con la persona que hace el papel de cuidadora principal en los primeros meses es vital para el desarrollo social, cognitivo y emocional a largo plazo, es decir, para toda la vida futura del bebé. Siendo así, frente a los tantos desafíos de este comienzo, cuidar de estas primeras historias entre padres y bebés puede sembrar un terreno propicio a la creación de un vínculo sano y fortalecer la construcción de las funciones parentales lo que a su vez ofrece un suelo fértil para el desarrollo psíquico del bebé.

Por lo tanto, tomamos en consideración que la experiencia humana presupone dependencia y cuidado. Los cuidadores aprenden este arte al principio de la vida, a través del cuidado ministrado por la madre, o aún, por madres suficientemente buenas, como diría Winnicott. Todos nosotros, sin excepción, fuimos cuidados. Si estamos hoy aquí, es porque hemos sido cuidados por alguien, mientras que los bebés, de forma más o menos satisfactoria.

Desde Freud, cuando destacamos la relación madre-bebé como prototipo de cualquier relación de cuidado, no podemos dejar de pensar que la forma en que una madre cuida de su bebé es también función de lo que ese bebé representa imaginariamente para ella.

Winnicott, por su parte, demuestra que el cuidado satisfactorio de la madre suficientemente buena se caracteriza por envolver la experiencia de frustración, siempre presente, con un espacio transicional ilusorio que también será matriz para la ilusión creadora del bebé. A partir del momento en que la madre puede ofrecer cuidado de acuerdo a las necesidades pulsionales del bebé, donde la fantasía del bebé está alineada con la experiencia (Realidad), el bebé puede ir creando la noción de que existe un

mundo externo a el mismo. Se inicia en ese proceso, la posibilidad de integración, donde se inaugura a ese bebé la noción de cohesión en un solo cuerpo, en el tiempo y en el espacio, y es esa experiencia que va a posibilitar que el bebé se reconozca como un Yo cohesivo.

En este sentido, la dimensión del cuidado siempre y necesariamente incluye al sujeto a ser cuidado y el lugar en que lo colocamos. Por lo tanto, cuidado, en qué deseo y subjetividad son necesariamente reconocidos.

Así, podemos pensar en el cuidado como una actividad íntegramente abierta y multifacética, y que asume sus formas posibles sólo cuando la experiencia del deseo, de la alteridad y la cuestión del compartir se esbozan aunque de modo preliminar. Es decir, el cuidar implica compartir experiencias individuales y sociales.

El cuidado del otro puede equivaler tanto a un saber qué hacer con el otro - cuidado meramente protocolar -, en cuanto a un querer-saber, hecho de pura disponibilidad: "¡Yo cuido de ti! No porque debo o preciso, sino porque puedo".

Aunque un otro necesite o demande cuidados, existe allí un sujeto a ser cuidado, hecho que toma en consideración el cuidado de sí mismo. Así, el manejo en el cuidado debe evitar actitudes que "saben qué hacer con el otro", como si, de antemano, el lugar de quien recibe cuidados fuera pre-ordenado y conocido por aquel que cuida.

Winnicott afirma que cualquier profesional de la salud necesita tener la capacidad de, a través de la imaginación, penetrar en los pensamientos y las esperanzas del otro. Si no se mantiene esta disponibilidad esencial para el cuidado, el AT quedará restringido al ejercicio de una función técnica y práctica, bajo riesgo de limitar su actuación al cuidado meramente protocolar, condenado al fracaso, no adhesión, iatrogenia o incluso a traer sufrimiento para algunos.

Así, si existe alguna identidad en el AT, seguramente podrá ser construida a partir del cuidado.

Al ir a la casa de esas familias, no sólo cuidamos a la madre, sino a las relaciones que allí se enredan. Se escucha la casa, el cansancio, el llanto, los olores ... No sólo hacemos una escucha del discurso, como también ponemos una mirada y un cuerpo que legitiman y autorizan al otro a experimentar, a crear un camino propio. Entendemos que en ese momento de "enloquecimiento" (como diría Winnicott) de la mujer y familia, la contención se da también en el cuerpo y en la experiencia compartida.

A partir de tales reflexiones, podemos dar contorno real a la importancia de ofrecer escucha y cuidado a la singularidad de esta mujer, implicada en todas las cuestiones que el puerperio la convoca, y de cómo poder escuchar la subjetividad puede favorecer el fortalecimiento de esa madre (o padre) nace, no necesariamente, junto con su bebé.

Un ejemplo para ilustrar: Una paciente pide ayuda, pues se sentía extremadamente angustiada por no poder bañarse en su hijo recién nacido. Se sentía frustrada por su incapacidad para cuidar del propio hijo, y era tomada por un miedo paralizante de dejarlo resbalar y ahogarlo. Al encontrar la AT y hablar de sus miedos, la madre pregunta si pueden bañarse juntas con el bebé. ¡Claro! Ella comienza a bañarse y, de repente, se siente paralizada por un miedo terrible. Pregunta si la AT puede sostenerlo un poco y, a continuación, si podría terminar de dar el baño. La AT termina el baño y toma la toalla, medio torpe, con la boca, para envolver al bebé. La madre, observando la escena, empieza a reír y dice: "No lo puedo creer, es así que se baña al bebé? ¡Qué torpe!". En lo que el AT responde: "¡Es que sólo es así que lo sé hacer!". Compartir esta experiencia inauguró, para esta mujer, la posibilidad de experimentar en este lugar, ya que no había una manera "cierta", "bonita" o única de bañarse un bebé.

Al hablar en Clínica ampliada, entendemos que, antes de cualquier concepto o concepción, existe el principio de la totalidad del ser, o sea, la necesidad del hombre de ser tratado como sujeto biopsicosocial, valorado en sus singularidades, sin ser dividido en patologías o fragmentado en partes.

Es importante reconocer que las experiencias clínicas centradas en la actitud de permanecer junto al paciente fueron absolutamente decisivas para que

una transformación profunda en la mentalidad de psicólogos, médicos y profesionales de la salud se hiciera. Al alejarse del modelo contractual del consultorio, gana importancia acompañar el sufrimiento, compartir la experiencia de la locura, psicosis, angustia y extrañeza.

Partimos siempre del principio de tomar al sujeto que nos busca como agente principal, como dueño de la demanda (síntoma y sufrimiento) y del saber sobre él.

En el contexto del puerperio, la intervención en el cuerpo a cuerpo, con una escucha atenta en la construcción de un camino singular, puede promover la reanudación de la posibilidad del "cuidar", es decir, de producir continuamente el sentido necesario, en respuesta a las necesidades las solicitudes de la realidad cotidiana, simultáneamente objetiva y subjetiva. Es decir, que esas mujeres puedan mirar hacia sí y convertirse en las mejores madres que puedan ser, de acuerdo con sus propios referentes, y que no necesariamente necesiten pasar por todos los percances solas.

Para ello, es imprescindible que el saber pueda ser (re) incorporado por el sujeto que "sufre" y que no permanezca centrado en el profesional que acompaña al sujeto. En ese proceso de re-incorporación del saber por el sujeto, las acciones del profesional tienen valor decisivo y dependen de la ética que las regula.

Así, desde el principio, somos - incluso como acompañantes terapéuticos - convocados a cuidar, lo que significa permitir que alguien dependa de nosotros. Pero, ¿cómo alguien puede dejarse depender o ser cuidado por alguien extraño, en el sentido de que nunca fue re-conocido ? ¿Qué posibilita tal experiencia? Ciertamente la confianza, sea por un lado, construida a partir de la actitud del AT, o sea por otro lado, sostenida por una suposición del saber del profesional.

El AT ocupa un lugar de supuesto saber, que se especifica como un supuesto saber en cuidar, introduciendo al acompañante y al paciente en la dimensión transferencial. Es esta relación, establecida entre ese par, que posibilita el

contexto seguro y confiable de la diade, suponiendo que exista alguien que sabe cuidar.

En ese contexto, el Grupo Primeras Historias fue entendiendo que su papel frente a la demanda que nos convoca es promover el mejor desenlace posible entre bebés y sus padres o cuidadores. Para ello, contamos con el cuerpo, con la imaginación, con la disponibilidad para el otro y con la escucha para la subjetividad y singularidad de cada sujeto y de cada encuentro.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

LEBOVICE, S. (1987). O Bebê, a mãe e o psicanalista. Porto Alegre: Artes Médicas.

PIEROTTI, M.M.S, Levy, L, Zornig, S. (2010) O Manhês: construindo laços.  
In: Estilos Clínica. Vol.15 no2. São Paulo

PORTE, M; SERENO, D. Sobre acompanhamento Terapêutico. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES

TERAPÊUTICOS DO HOSPITAL DIA A CASA (org). A Rua como Espaço Clínico. São Paulo: Escuta Ed, 1991.

SANTOS, E.M.; Kirschbaum, D.I.R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2008;10(1):220-227.  
Available from <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>

WENDLAND , JAQUELINE, A Abordagem Clínica das Interações Pais-Bebê.  
In: Psicologia: Reflexão e Crítica,  
Lille, Universidade de Lille III 2001, França

W, D.Winnicot. (1964) - "A importância do setting no encontro com a regressão na psicanálise"" In: Explorações

Psicanlíticas - Organizadores; Clare Winnicott, Ray Shepheder, Madeleine Davis. Porto Alegre: Artes médicas, 1994.

\_\_\_\_\_, D.W. (1982) A criança e o seu mundo. Rio de Janeiro: LTC editora

\_\_\_\_\_, D. W. A Preocupação Materna Primaria. In: Da Pediatria à Psicanálise: Obras escolhidas. Rio de janeiro: Imago Ed., 2000. pp 399-405. ( Trabalho original publicado em 1956)

[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/03/160308\\_pesquisa\\_fiocruz\\_depressao\\_parto\\_jp](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/03/160308_pesquisa_fiocruz_depressao_parto_jp)

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a26v14n1.pdf>

[http://www.heab.fmrp.usp.br/App\\_Data/Conteudo/Arquivos/Humanização/Clinica%20Ampliada.pdf](http://www.heab.fmrp.usp.br/App_Data/Conteudo/Arquivos/Humanização/Clinica%20Ampliada.pdf)

<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/6579/S0104-12902011000300018.pdf?sequence=1> HYPERLINK

"[&](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/6579/S0104-12902011000300018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)" HYPERLINK

"[isAllowed=y](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/6579/S0104-12902011000300018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)" isAllowed=y