

Sónia Isabel Horta Salvo Moreira de Almeida Ramalho

*O método psicodramático na
preparação para a amamentação*

Coimbra

2006

Sónia Isabel Horta Salvo Moreira de Almeida Ramalho

*O método psicodramático na
preparação para a amamentação*

*Dissertação de Mestrado em Aconselhamento Dinâmico
apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga e elaborada
sob a orientação do Prof. Doutor Jorge Caiado Gomes
e co-orientação da Prof. Doutora Dulce Garcia Galvão*

Coimbra

2006

AGRADECIMENTOS

Agradecemos e expressamos o nosso profundo reconhecimento a todos os que com o seu apoio, colaboração e amizade tornaram possível a realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Jorge Caiado Gomes, o modo sempre inteligente como orientou todas as fases desta dissertação, reflexões e, ainda a cordialidade inestimável e a liberdade de acção que nos proporcionou.

À Professora Doutora Dulce Garcia Galvão, um profundo agradecimento por ter aceite ser co-orientadora e pela permanente disponibilidade no apoio científico, reflexões e elucidação de questões específicas da amamentação.

Ao Instituto Superior Miguel Torga pelo apoio em todo o período de realização do curso de mestrado.

À Psicodramatista Vitória Pamplona pelo estímulo, ensinamentos e amabilidade na cedência das suas técnicas psicodramáticas e textos científicos importantes para esta dissertação.

À empresa Farsana Portugal “Chicco” pelo apoio no material de puericultura necessário para o Curso de preparação de grávidas.

Ao grupo de grávidas, pelo consentimento e participação activa, sem a qual não teria sido possível a concretização do presente estudo.

À colega Sara que colaborou nesta pesquisa.

À nossa família, que em nós confiou e a quem agradecemos tudo.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
1- A AMAMENTAÇÃO	7
1.1- NA CONSTRUÇÃO DO PSIQUISMO DO BEBÉ NA RELAÇÃO	9
1.2- ANSIEDADES MATEERNAS: FANTASIAS, MITOS E TABÚS	14
2- PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO	20
2.1- INICIATIVAS DE SUCESSO	22
2.2 – PREPARAÇÃO DE GRÁVIDAS PARA AMAMENTAR	25
2.3- O PSICODRAMA EM GRUPO DE GRÁVIDAS	34
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	39
1- PROBLEMA DE PESQUISA	40
1.1- RAZÕES PARA O ESTUDO	40
1.2- OBJECTO E OBJECTIVOS DO ESTUDO	42
1.3- QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	42
2- METODOLOGIA	43
2.1- TIPO DE INVESTIGAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DA METODOLOGIA	43
2.2- PARTICIPANTES	44
2.3- PROCEDIMENTO	44
2.4 - RECURSOS MATERIAIS E SETTING	46
2.5 – CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA	47
3-ESTUDO DE CASO	56
3.1- APRESENTAÇÃO E DADOS ANAMNÉSICOS DOS SUJEITOS EM ESTUDO (GRUPO)	56
3.2- ANÁLISE DE CONTEÚDO E CARACTERIZAÇÃO DAS SESSÕES	57
PARTE III - PRINCIPAIS CONCLUSÕES	82
PRINCIPAIS CONCLUSÕES	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

A amamentação durante os primeiros seis meses de vida é muito importante e assegura um crescimento, desenvolvimento e saúde ótimos. Depois dos seis meses e em conjunto com a alimentação complementar, continua a contribuir para a nutrição, desenvolvimento e saúde do lactente e da criança, de acordo com a OMS e a UNICEF (2002).

Uma vez que o aleitamento materno não se encontra totalmente promovido e apoiado e as baixas taxas e a cessação prematura do mesmo têm implicações desfavoráveis importantes para a saúde e para a estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente.

Por todas estas razões o aleitamento materno só pode ser protegido, promovido e apoiado. Para isso é fundamental uma informação, educação e comunicação adequada para o restabelecimento de uma cultura de aleitamento materno, de forma que os futuros pais possam tomar decisões fundamentadas.

O aconselhamento individual e presencial é muito importante e deve ser fornecido por profissionais de saúde bem treinados para poderem identificar e activamente solucionar as dificuldades e necessidades particulares das mulheres.

Nesta perspectiva e no sentido de estudar a eficácia e pertinência do método de psicodrama (psicodrama psicanalítico) nos programas de preparação para amamentar e devido a ausência desses programas, levámos a cabo esta dissertação individual sobre “o método de psicodrama na psicoprofilaxia da amamentação”.

Este trabalho foi metodologicamente construído para procedermos à descrição e compreensão das vivências e os sentimentos experienciados na gravidez em relação à amamentação, construiu-se e implementou-se um programa de aconselhamento de grupo, sobre a preparação para amamentar, incluindo uma abordagem psicodramática.

As sessões psicodramáticas decorreram, ao longo do segundo trimestre de 2006, na sala de consultas do Núcleo João dos Santos, do Instituto Superior Miguel Torga, foram vídeo-gravadas e posteriormente analisadas.

Tendo em conta que exercermos a nossa actividade profissional em Obstetrícia, pensamos com este trabalho contribuir para a protecção, promoção e suporte do aleitamento materno e conseqüentemente para a melhoria dos cuidados prestados à mãe, bebé, família e comunidade.

Nesta investigação empírico analítica temos como objectivos: descrever e compreender as vivências e os sentimentos experienciados na gravidez em relação à amamentação; construir e implementar um programa de preparação para amamentar incluindo uma abordagem psicodramática e perceber da pertinência e eficácia da utilização do método psicodramático nos programas psicoprofiláticos de preparação para a amamentação.

O texto tem uma estrutura matricial de três partes: enquadramento teórico, estudo empírico e principais conclusões.

Na primeira parte, apresentamos o enquadramento teórico, resultado da pesquisa que efectuámos e que nos permitiu fundamentar, clarificar e compreender, considerar alguns aspectos relacionados com a problemática da amamentação, delimitar o tópico de pesquisa, gerar as questões de investigação e alargar o campo dos nossos conhecimentos.

No enquadramento teórico, é feita uma breve revisão sobre a amamentação e os programas de promoção da amamentação. Na amamentação abordámos as ansiedades maternas (fantasias, mitos e tabus) e o papel na construção do psiquismo do bebé na relação. Nos programas de promoção da amamentação destacamos as iniciativas de sucesso, a preparação de grávidas para amamentar e o psicodrama em grupo de grávidas.

Na segunda parte, apresentamos o estudo empírico subdividido em problema de pesquisa, metodologia e estudo de caso.

Na última parte, fazemos uma síntese das principais conclusões, que julgamos pertinentes para definir algumas estratégias de intervenção, seguidas da apresentação das referências bibliográficas, bibliografia consultada e dos anexos.

Parte I

Fundamentação teórica

1- A AMAMENTAÇÃO

Durante o período de amamentação e nos cuidados maternos dispensados ao bebê, este, através do contacto com o corpo da mãe, vai tomar consciência do seu próprio corpo e do corpo da mãe, e essa será a sua primeira relação com as coisas exteriores. As primeiras percepções organizam-se em torno da amamentação, fonte de múltiplas sensações cutâneas e tácteis.

É nesta relação mútua, de acordo Matos (2002), em que cada um dos elementos do par dá e retira prazer, se formam os primórdios da necessidade e do desejo que todo o indivíduo tem de domínio, controlo e manipulação do objecto (pessoa) do seu afecto, por um lado, e de independência, auto-suficiência e segurança em si próprio, por outro. Da capacidade “instintiva” de a mãe de compreender os sinais que o bebê emite e de lhe dar a resposta apropriada depende todo o equilíbrio estruturante e toda a força dinamizadora do processo de desenvolvimento mental.

Se este par funciona harmonicamente, corroborando com o mesmo autor, processa-se um desenvolvimento salutar para uma independência progressiva da criança; ao ser acariciada, transportada, abraçada, embalada, beijada, aprende a amar os outros, e uma vez, sentindo-se compreendida e amada, aprende a amar-se e a considerar-se a si própria, o que a psicanálise considera um sadio narcisismo. Neste sentido, Lourenço (2005) salienta que, o amor é sexual, pois traduz interesse, cuidado, responsabilidade, atenção e preocupação com as necessidades materiais e psíquicas do outro.

Também para Laplanche e Pontalis (2001), na experiência e na teoria psicanalíticas, *“sexualidade não designa as actividades de prazer que dependem do aparelho genital, mas toda uma série de excitações e actividades presentes desde a infância que proporcionam um prazer irreductível à satisfação de uma necessidade*

fisiológicas fundamental (respiração, fome, função de excreção, etc.), e que se encontram a título de componentes na chamada forma normal do amor sexual” (p. 476).

Pelo contrário, e de acordo com o ponto de vista de Lourenço (2005), se um bebé não receber estimulações precoces satisfatórias, sofrerá dificuldades de integração: ser-lhe-á penoso tomar consciência de si próprio como ser humano e como ser amado. Dias (2005, p.42) refere: *“Klein, em «Notes on some schizoid mechanisms» diz que quando o bebé sente frustração, zanga e raiva por estar pouco nutrido ou pouco gratificado sente-se de um modo de tal forma violento, que projecta no objecto externo esse sentimento e, num segundo tempo, confunde o objecto externo com esse sentimento. Devido à identificação projectiva deixa de ser ele a sentir raiva, ódio, zanga, porque não é nutrido nem alimentado, para passar a ser o objecto que o odeia e se vira contra ele”.*

Caminhando no mesmo sentido de fortalecer os laços dessa relação privilegiada e fundamental, corroborando com Matos (2002, p. 98), *“actualmente é indicada a mamada a pedido do bebé, que rapidamente estabelece o seu próprio ritmo de alimentação; assim como a permanência do recém-nascido no quarto da mãe. Persistindo neste contacto estreito e relação próxima o entendimento mútuo organiza-se e estrutura-se de forma muito mais sólida e competente”.*

Por outro lado, a vida próxima permite, segundo o mesmo psicanalista, que *“a mamada não se saliente como ocasião particular e selectiva de satisfação, acarretando uma excessiva fixação oral. Se assim acontecesse, a criança poderia começar a utilizar o acto de alimentação e a sucção para prolongar o contacto com a mãe e substituí-lo na realização imaginária do desejo. Estabelece-se ainda o sentido de familiaridade, tão importante na construção do objecto, na estruturação dos limites do Eu e na organização da noção de continuidade da relação” (p.98).*

O *imprinting* do rosto humano *“só ganha qualidade quando o bebé experiênci*a o contacto com o rosto da mãe” (Dias, 2005, p.105).

A experiência qualitativa e afectiva da relação precoce é fundamental para a evolução do ser humano. De acordo com Lourenço (2005), a patologia surge como forma da expressão muda do afecto, do não aprender com a experiência emocional, do não envolvimento com o vivo. Só no amor entre dois seres humanos, o Homem tem a possibilidade de se representar e de se apresentar com a possibilidade de gerar frutos e

desafios para novos funcionamentos mentais, novas criações, novas mudanças que lhe possibilitam reinventar e repensar as suas origens.

Deutsch acredita que *“o aleitamento ajuda tanto o bebé quanto a mãe a superarem o trauma da separação repentina, que é vivido com o parto”* (Pamplona, 2005, p. 167).

Langer afirma de acordo com a mesma fonte, baseada nas pesquisas de Margaret Mead com os Arapesh e os Mudugumor, que parece haver uma relação directa entre o apego à vida e as experiências orais.

Também para Sá (2006) a amamentação é muito importante, de um ponto de vista relacional, para os bebés porque é um momento privilegiado de comunhão com a mãe, em que a mãe e o filho podem ler-se, um ao outro, olhos nos olhos e sentir-se mais fundo um no outro. E é desse “bailado” que se criam e adensam os vínculos que perduram para sempre.

1.1- NA CONSTRUÇÃO DO PSIQUISMO DO BEBÉ NA RELAÇÃO

Um bebé não existe sozinho, porque quando procuramos descrever um bebé temos de o descrever com mais alguém, uma mãe sozinha também não existe: há sempre um bebé que a investe e a torna mãe. Os ritmos psíquicos, criados e recriados nas relações em que a experiência emocional promove o futuro (Lourenço, 2005).

Três aspectos-chave na construção da relação entre a mãe e o bebé, de acordo com Figueiredo (2001): a segurança, a protecção e a regulação emocional. Se a segurança é um componente decisivo para o desenvolvimento do bebé, a protecção da figura materna é a sua condição básica. Pela sincronia do jogo entre o desenvolvimento da segurança e a capacidade de protecção proporcionada pela figura materna, o bebé vai aprendendo a gerir as suas emoções e a regular os seus estados emocionais. Esta aprendizagem, surge como processo evolutivo, faz-se durante as transacções entre o bebé e a mãe e depende da qualidade do envolvimento de ambos os protagonistas.

Os trabalhos de Jonh Bowlby e Mary Ainsworth são fundamentais, porque através deles viria a emergir a Teoria da Vinculação, que encontramos coligida na Triologia Attachment and Loss (Canavarro e Rolim, 2001).

Dessa conceitualização teórica, as mesmas autoras, ressaltam a importância da mãe para o desenvolvimento sócio-emocional da criança e para o seu funcionamento posterior, enquanto adulto.

Um dos aspectos centrais da Teoria de Bowlby é o reconhecimento da importância vital do comportamento de vinculação para a espécie humana. Figueiredo (2001) considera que a sobrevivência da espécie humana só pode ser compreendida se concebermos que os bebês nascem com um sistema comportamental que tem por função protegê-lo do perigo. Essa relação de vinculação está centrada na regulação da segurança, no sentido em que há uma figura vinculada (o bebê) que procura proteção e há uma figura de vinculação (a mãe), ou mais, mas em número limitado, concebida como sendo mais forte e mais capaz de se confrontar com o mundo, que proporciona segurança, conforto ou ajuda em caso de tal ser necessário.

Nestas situações, a mãe funciona como um porto de abrigo, ao qual Ainsworth o designa por *refúgio seguro*. Em situação de acalmia, a figura de vinculação serve de base segura para a criança explorar o meio envolvente e alargar, assim, os seus conhecimentos sobre ele (Canavarro e Rolim, 2001).

Da mesma forma, Soares (2001) refere que: *“Durante o primeiro ano de vida, ao longo das interações com as pessoas que lhe prestam cuidados, o bebê vai construindo modelos internos de vinculação, ou seja, desenvolve gradualmente um conjunto de conhecimentos e expectativas sobre o modo como essas figuras respondem aos seus pedidos de ajuda e de proteção (em termos da sua acessibilidade e responsividade) sobre o self, em termos do seu valor próprio. Estes modelos são construídos a partir das interações repetidas com as figuras de vinculação, e são internamente organizadas como representações generalizadas sobre o self, sobre as figuras de vinculação e sobre as relações”*.

Partindo de uma reflexão construtiva com base no modelo psicanalítico, visto este modelo ter sido um dos primeiros a investigar a importância do desenvolvimento infantil na sua relação com os progenitores, um grande número de pesquisadores psicanalíticos formularam conceitos para descrever a organização primordial do psiquismo a partir do nascimento e até para esboçar suas origens desde o período pré-natal.

Um dos primeiros autores a investigar estas questões, foi Freud através de um caso contado por um amigo (o caso do pequeno Hans) desenvolvendo assim a teoria da

sexualidade infantil. Ainda, em *“Inibição, Sintoma e Angústia”*, Freud estabelece, de forma definitiva, a segunda teoria da angústia.

Algumas metáforas evocadoras caracterizam os diversos aspectos dos processos psíquicos, como os trabalhos Bion sobre as *“transformações dos elementos beta em alfa”*, a *“manque à être”* (*“falta de ser”*) de Lacan, o conceito de Melanie Klein das posições *“esquizo-paranóide”* e *“depressiva”*, o estágio de *“simbiose”* e *“separação-individação”* de Mahler, Winnicott de *“espaço transicional”* e de existência de um *“verdadeiro self”* (Mc Dougall, 2000).

Com os trabalhos de Bion, Winnicott, Anzieu, Ester Bick e outros, as questões de Melanie Klein ganharam outra eficiência para a compreensão da formação do psiquismo do bebê, atendendo ao facto de se investigar as qualidades mentais/físicas da mãe na sua relação com o bebê (Lourenço, 2005).

O conceito de perigo é apresentado como fundamental e vai substituir aquilo que, até então, constituía a essência do reprimido. De acordo com Dias (2000) *“a mãe está lá apenas para a satisfação de uma necessidade – para que não haja desamparo no sujeito – para que ele não esteja exposto à situação de perigo”*.

O contacto pele a pele restabelece os sentimentos de intimidade da mãe ao bebê, como se estivessem novamente fundidos, tal como acontecia durante a gravidez quando a mãe continha ambos. A pele transforma-se num mediador para o contacto físico, para o conforto e amparo, e também para a transmissão do cheiro, do tacto, do gosto e do calor, sensações que se podem constituir numa fonte de prazer e de intimidade para mãe e filho (Lourenço, 2005).

Segundo Winnicott, e de acordo com a mesma autora, é esta experiência de prestação de cuidados por parte da mãe que permite ao bebê o desenvolvimento de um verdadeiro *Self* e não num falso-*Self*. O *“holding”* favorece a integração: o bebê constrói o sentimento da continuidade do seu *self* a partir da continuidade e da segurança que lhe é oferecida pela mãe. O *“holding”* tem em conta a sensibilidade da pele do bebê, tacto e temperatura; a sensibilidade auditiva, visual, à queda, assim como o facto de o bebê ignorar todas as outras coisas que não são o *self*. O *“handling”* favorece a *“personalização”*, o movimento do Eu que permite o bebê se sinta uma pessoa: o Eu funda-se sobre um Eu-corporal.

“O dual track e a neotonia primária do recém-nascido permitem que o bebê desenvolva competências muito elevadas, do ponto de vista neuronal, que lhe permitem o estabelecimento do imprinting, do attachment e a activação dos pressupostos básicos.

No exercício destas competências não há intergregaridade. O bebé é sujeito de uma dependência que ele próprio não é capaz de gerar. Ninguém depende dele e ele depende de toda a gente.(...) É a partir do dual track que o recém-nascido cria a possibilidade de passagem progressiva dos pressupostos básicos a áreas do funcionamento psíquicas mais evoluídas” (Dias, 2005. p. 124).

A interface transforma o funcionamento psíquico em sistema progressivamente aberto, que conduz mãe e bebé a funcionamentos cada vez mais autónomos, mas mantém os dois parceiros numa dependência simbólica mútua. A etapa consecutiva requer o apagamento desta pele comum e o reconhecimento de cada um tem a sua própria pele e o seu próprio eu, o que não se realiza sem resistência e sem dor. São fantasmas da pele arrancada, roubada e assassina que revelam angustiantes (Lourenço, 2005).

Para Gruen, no livro «*A loucura da normalidade*», citado pela mesma autora: “*sem auto-organização, o interior permanece num estado de confusão de caos (...) o ser humano não pode viver sem confiança. Confiança que ganha pela afectividade recebida. Recém-nascidos e bebés que não recebem afecto podem tornar-se apáticos, doentes, ou até morrer*”.

Farate (2001) refere que “*A insuficiência quantitativa ou qualitativa da interacção precoce mãe-criança, observada em mais de metade das situações, favorece o aparecimento de comportamentos de vinculação desorganizados (do tipo inseguro-ansioso ou inseguro-evitante) e de defeitos na capacidade de elaboração simbólica*” (p.64).

Toda a falha importante de ajustamento relacional no meio precoce da criança pode contribuir para as “patologias dos limites”. M. Soulé e K. Lauzanne citados por Farate (2001) associam então: “*a noção de carência a uma falta quantitativa na interacção mãe-bebé; a noção de separação a uma situação de separação prolongada da criança em relação à mãe ou à família (por exemplo, a criança privada da mãe é colocada num hospital) e a noção de insuficiência relacional qualitativa a uma falta de adequação profunda da resposta da mãe às necessidades da criança*” (p.59).

Uma mãe com graves problemas na relação com o objecto materno revela um profundo sentimento de desistência face ao outro (face ao bebé) e a fragilidade do seu *self* fará com que projecte esta experiência na relação com o bebé (Lourenço, 2005). Dias (2005) reafirma: “*O sujeito repete, durante a sua vida, aquilo que ele próprio reprimiu*” (p. 36).

Matos (2002) alerta que são conhecidas, em etologia e em medicina, as consequências desastrosas para a mãe, mas particularmente para o filho, da ablação precoce.

A gravidez e a amamentação são processos de extrema riqueza humana e carregam consigo todo espectro de valores profundos constitutivos da nossa cultura. Se por um lado podem ser marcos transformativos de crescimento para a mulher, e por extensão para a sua família, podem também tornar-se eventos causadores de profunda frustração e pesar (Jones, 2005).

Estas reflexões levam-nos a pensar que é preciso reconhecer a importância da intervenção de prestação de cuidados nos primeiros tempos de vida de um ser humano, pois é nesta fase sensível que todos os parâmetros do desenvolvimento psíquico entram em jogo.

Também a experiência da maternidade sofre influência de circunstâncias diversas, tanto presentes como passadas, tanto individuais como colectivas; pelas relações que a mulher estabelece com a família e amigos, pelas suas idiossincrasias e história individual, tanto quanto por outras circunstâncias que a assemelham a outras tantas mulheres, do mesmo grupo sócio-cultural ou sujeitas aos mesmos padrões sócio-culturais.

Por sua vez, a perspectiva psicanalítica, valorizou o olhar para as características peculiares da mulher, elegendo a sua história pessoal e familiar, bem como os aspectos subjectivos relativos à sua relação com a sexualidade, para a compreensão do fenómeno maternidade.

As atitudes e reacções da progenitora ou progenitores, no tempo presente, relacionar-se-ão de perto com a sua experiência passada, tanto na realidade como na fantasia. De tal modo, a gravidez mobiliza, rápida e naturalmente, as partes infantis dos futuros pais, onde cada qual poderá, por vezes, sentir necessidades tão imperativas e irresistíveis quanto as de um bebé recém-nascido. Podem irromper de súbito sentimentos de insegurança, ansiedades irracionais ou estranhos acessos de medo ou dependência. A manutenção dos sentimentos dos pais dentro de limites realistas depende da qualidade de cuidados emocionais a que eles possam recorrer, tanto nas figuras parentais que ambos guardam nos seus corações e mentes “pais internos”, como nas relações que mantêm um com o outro e com as suas famílias (Silva, 2001).

Também para cada mulher, a decisão sobre se aleitará ou não, e quanto tempo, bem como a vivência satisfatória ou frustrante da sua decisão, tendo por base Pamplona (2005), dependerão de vários factores:

- Socioculturais (como a sociedade, na qual vive, vê os papéis femininos e mais especificamente o materno, suas funções e inter-relações com os demais papéis da mulher; a representação que a sua classe social e o seu grupo familiar mais especificamente, têm dos papéis femininos, da maternidade e do aleitamento. E as condições concretas que a sociedade lhe oferece de exercício maternal e do aleitamento).

- Físicos (as condições de saúde da mãe e do bebé).

- Psicológicos (a história pessoal do seu desenvolvimento afectivo/sexual, de suas relações familiares, especialmente da sua identificação com a própria mãe; as suas vivências da gestação, do parto e, principalmente, do puerpério, momento no qual acontece a amamentação, incluindo-se nestas vivências suas relações familiares, especialmente com o pai do bebé e as interações bebé/mãe).

Assim sendo, a expressão das fantasias maternas depende, então, de factores como a personalidade da mulher, o modo como se adapta à situação que está a vivenciar, a eficácia dos seus mecanismos de defesa, a imagem que interiorizou de sua mãe e de si própria enquanto mãe e “mãe ideal”, as expectativas que foi construindo durante a sua vida no meio familiar e na sociedade a que pertence. É no desenvolvimento e na articulação dessas mesmas fantasias que se inscreve um largo potencial responsivo da gestante e da futura mãe. Essa tarefa será facilitada e enriquecida quando essas fantasias, particularmente ricas e actantes na mãe são partilhadas com o pai da criança.

1.2- ANSIEDADES MATERNAS: FANTASIAS, MITOS E TABÚS

O modo como a futura mãe imagina, ao longo da gravidez, o seu bebé, em função do seu projecto inicial e em função dos acontecimentos passados pode resultar em discordâncias ou desarmonias na interacção com o bebé real.

Não é por acaso que a amamentação nos traz recordações de como fomos (ou não) amamentados; dessa época podem existir sentimentos, inconscientes e talvez muito

dolorosos, que agora emergem novamente, sem que saibamos exactamente de onde e porquê (Lothrop, 2000).

Langer de acordo com Pamplona (2005) acredita que razões inconscientes levam ao impedimento do desenvolvimento normal da amamentação, sendo os mais frequentes os transtornos causados na mulher pela rejeição da maternidade, pelo seu desejo de permanecer numa atitude receptiva e infantil, e os que têm origem nas tendências agressivas infantis dirigidas à própria mãe. Considera que ambos os casos têm como base a insatisfação oral destas mulheres, que se negam inconscientemente a dar à criança o que elas não receberam. Identificando-se com a mãe frustradora, tratando a criança como se sentiram tratadas na sua primeira infância.

Ainda a mesma fonte esclarece que *“a persistência dos próprios desejos orais pode facilitar a amamentação se a mãe consegue identificar-se com o lactente e superar as frustrações sofridas. Uma forte fixação oral à mãe, gerando o desejo passivo de mamar, pode satisfazer-se na identificação com o lactente. Pode também haver o desejo activo de amamentar pela identificação simultânea com uma mãe ideal que alimenta bem. A mulher não consegue satisfazer desejos infantis frustrados e dar ao filho o que não teve. Estas mulheres podem encontrar uma enorme dificuldade em desmamar. A mulher pode contudo, fracassar nesta identificação se o mamar reteve, ou adquirir para ela, um carácter erótico, homossexual e incestuoso”*(p. 170).

Relativamente às interacções bebé-mãe e especificamente aos comportamento dos bebés, Soifer mencionada por Pamplona (2006) salienta que há bebés cheios de vitalidade, que mamam vigorosamente, e cuja mãe, ou recebe esse comportamento com alegria, ou assusta-se com um modo de ser que lhe é desconhecido e para o qual não está preparada. No primeiro caso, a sucção far-se-á sem inconvenientes; no segundo, a mãe pode reagir com tensão e rigidez que pode determinar dificuldades na amamentação e a irritabilidade da criança, que reage com alarme à situação, chorando e esperneando. O choro assusta ainda mais a mãe e assistimos então a esses ciclos viciosos de angústia materna e ansiedade do bebé (que, por sua vez reforça a angústia da mãe), que culmina com a agalactia total.

Outra situação, de acordo com a mesma referência, é a dos bebés sonolentos, que mamam e adormecem de imediato ou que adormecem à mama, provocando grande frustração. A sensação, neste caso, é de ser rejeitada, de que a mama que se oferece é desprezada e considerada inútil. Do mesmo modo, se a mãe consegue entender a situação e tolerá-la, a lactação vai-se desenvolver sem inconvenientes, entre uma mãe

paciente e um recém-nascido que lentamente aprende a despertar-se e mamar. Em caso contrário, instalar-se-á o círculo vicioso com a mãe angustiada que, ou se afasta, deixando que o bebé continue retraído, ou o força a despertar, obtendo a resposta de rejeição expressa pelo choro e posterior sonolência, seguida de rejeição materna.

A Agitação e as crises emocionais (medo, insegurança, vergonha ou falta de autoconfiança). Relembra Lothrop (2000), inibem a libertação de ocitocina e até mesmo um reflexo já bem estabelecido. Deste modo, os alvéolos não se contraem e a maior parte do leite disponível não fica à disposição de bebé. Rejeição pessoal à amamentação, ambivalência inconsciente em relação ao papel de mãe e outros conflitos podem interferir de forma análoga numa lactação bem-sucedida.

O estado emocional da mulher interfere ainda, segundo Lana (2001), na acção da prolactina e ocitocina, como que contribuindo para “esconder o leite”, que volta a “aparecer” após afastada a causa de stress.

O stress e a carga de trabalho revelados, Almeida e Ramos (2005) referem no estudo sobre as *“alegações maternas para o desmame”*, na fala das mulheres, somados à angústia e à depressão, relacionam-se com a baixa produção de leite, uma vez que culminam com a síntese de peptídeos supressores nas células alveolares da glândula mamária que impedem o processo de síntese.

As somatizações, de acordo com Mc Dougall (2000), servem como defesa contra as pulsões agressivas e sádicas pré-edípicas e até mesmo contra fantasias arcaicas com base mais no medo de perder identidade subjectiva do que numa angústia ligada às pulsões e a identidade sexual. Não obstante, a cada momento, o psiquismo utiliza o corpo. Expressões somáticas como a febre, a obstipação e a anúria, podem ser muito variadas e às vezes intensas: dores gerais, sofrimento pela episiotomia e sua infecção, abscessos por injecções, abscessos mamários, são provas de hiper funcionamento e de descarga directa que se seguem a acontecimentos carregados de afecto, mas não elaborados psiquicamente, ao passo que manifestações como a asma ou tetania se situam no pólo oposto, o da retenção.

Nas situações mais intensas, o mesmo autor refere que *“o «sentido» é o de ordem pré-simbólica e provoca um curto-circuito na representação da palavra. É o corpo que se comporta de maneira «delirante», ele «hiper funciona» ou inibe funções somáticas normais e o faz de modo insensato no plano fisiológico. O corpo enlouquece”*.

A adição, tendo em conta a abordagem de Mc Dougall (2000) pode ser considerada como uma tentativa “psicossomática” de superar a dor mental através do recurso a substâncias externas que tranquilizam o espírito e suprimem provisoriamente o conflito psíquico. O inconveniente desta solução é que tem de ser repetida indefinidamente. Farate (2001) refere que: *“O acto de se drogar comporta a dimensão de uma tentativa de preenchimento do vazio objectal interno que testemunha a incapacidade em simbolizar os afectos”*.

O pós-parto é um período de intensas modificações, não só para a mulher como para toda a família do ponto de vista psicológico e social. Pamplona (2005) salienta que *“o pai do bebé também se encontra regredido e angustiado com as novas responsabilidades, e relegado para segundo plano, em virtude do montante de cuidados que presta ao recém-nascido. Os sentimentos de ciúmes são comuns, não só por parte do homem como também da própria mulher, que durante a gravidez era o centro das atenções e perde este lugar para o bebé”*.

Por outro lado, se o marido se opõe à amamentação desde o seu início, pode ser sintoma de conflito reprimido, ela está predestinada ao fracasso. Mesmo não demonstrando os seus sentimentos à mulher, ela sentirá a sua recusa pessoal. Conflitos deste género podem ser tão prejudiciais à lactação, que a amamentação, sob todos os pontos de vista, se torne um problema (Lothrop, 2000).

Constituem também uma preocupação habitual os filhos maiores e as suas manifestações de ciúmes, agressivas ou depressivas. Tendo em conta Pamplona (2005), de vez em quando, acontece irmãos mais velhos, regridem a comportamentos bem infantis já ultrapassados, como o de quererem mamar ou a enurese. Normalmente, a criança supera assim que domina a sua dor em relação ao novo rival.

Ainda, a mesma referência salienta que os outros familiares, como pais e sogros da puérpera, também são afectados e é comum surgirem conflitos entre a puérpera, a mãe e a sogra, sobre os cuidados a ser prestados ao bebé, nomeadamente a conveniência de aleitar e as técnicas de fazê-lo.

Se a criança permanece muito tempo separada da mãe logo após o nascimento, Lothrop (2000) refere que, então a mãe não pode transferir a sua auto-estima àquela parte de si que deu à luz. Precisa de se separar dele. Se o bebé, mais tarde, lhe é retirado, é possível que o desprendimento emocional já tenha avançado tanto, que a mãe já não consiga aceitar a criança com um pedaço de si mesma.

E ainda a mesma autora relembra que o problema se apresenta de forma trágica em prematuros e bebês doentes, quando eles são totalmente separados das mães. Se mais tarde não se estabelecer a ligação mãe/filho que não chegou a acontecer, talvez a mãe olhe para a criança como um ser estranho, cuidando dela desta forma. Em casos extremos, até talvez chegue mesmo a maltratá-la, quando a criança a incomodar muito, a irritar ou atrapalhar. Uma pesquisa mostrou que uma incidência surpreendentemente alta de crianças maltratadas era de prematuros ou daquelas que adoeceram logo após o nascimento.

A todas as situações anteriormente descritas, para Pamplona (2005) deve-se acrescentar que a vida afectiva-sexual do casal é profundamente afectada pelo puerpério. *“Os mitos sociais da mãe assexuada, a identificação que o homem faz de sua mulher com a sua própria mãe, as transformações corporais, a fantasia de que os órgãos genitais tenham sido afectados, estão presentes”* (p. 173).

Para Soifer, segundo a mesma autora, a comunicação do casal vê-se grandemente dificultada pela depressão da mulher. O marido, diante de uma mulher que chora, que ou exige grande actividade social e abandona o filho, ou se dedica freneticamente à limpeza, ou se volta completamente para a mãe, irmã ou amiga (acompanhante fóbico), ou se nega a sair, descuida-se de sua aparência, etc. – sente-se perplexo, excluído e maltratado. À medida que passam os dias, vai-se tornando mais evidente a falta de diálogo e de sexualidade e em algumas ocasiões pode conduzir à separação.

Também o desmame abrupto, em alguns bebês e em algumas mães podem conduzir a graves desequilíbrios emocionais (Lothrop, 2000).

Devido a falta de confiança na sua capacidade de amamentar plenamente, muitas mulheres acreditam nos mitos e tabus.

“Desde os alvares da civilização que o homem procurou explicar os enigmas que a natureza lhe punha recorrendo à construção imaginária - lendas e mitos.(...) O estudo da mitologia, de outrora e dos nossos dias, proporciona uma importante fonte para a compreensão dos fenómenos psíquicos e psicossociais, designadamente para aqueles que a razão lógica e a experiência, ou a estética e a moral, obrigam a permanecer ou escolher ao abrigo e os caminhos do inconsciente; isto é, para aqueles que são movidos por forças instintivas que o homem culto e civilizado preferia ignorar, e por isso recalca” (Matos, 2002. p.99).

Amamentar é, também de acordo com Lothrop (2000), sem dúvida, uma experiência erótica, e a entrega mútua é desejada pela natureza. O contacto corporal é um tabu. O contacto e a proximidade despertam o medo em algumas pessoas. No entanto, é, para todos nós, tanto crianças como adultos, uma necessidade biológica estarmos próximos dos outros também fisicamente, se não quisermos ficar perturbados espiritualmente. O contacto pode revitalizar-nos, dissolver bloqueios e conservar ou alcançar o nosso equilíbrio físico, mental e espiritual.

Galvão (2006) citando Cordeiro refere “*A recusa da «animalidade» do acto de amamentar, por parte de algumas mulheres; os tabus sexuais e a angústia e culpabilidade que resultam do prazer físico e psicológico da mamada; a aparente incompatibilidade entre a função de mãe e mulher no mundo de hoje são alguns factores de declínio ” da amamentação*” (p.25).

Apesar de o leite materno ser considerado de forma consensual, como o alimento capaz de atender de maneira adequada a todas as necessidades biológicas dos lactentes, que não existe leite fraco e que são raras as situações que impossibilitam a amamentação. Almeida e Ramos (2003) destacam que o leite fraco, pouco leite e leite secou, associado ao choro e à fome do bebé, como verdadeiras condicionantes para o curso da amamentação e o leite fraco como uma das construções sociais mais utilizadas como modelo explicativo para o abandono da amamentação.

Esse tipo de alegação verbalizado pelas mulheres, ainda de acordo com a mesma fonte, está impregnado de um pedido de ajuda latente frente as dificuldades vividas no decorrer da amamentação, às quais elas não conseguem ou não sabem como se comportar.

Guigliani (2005) esclarece que em sociedades onde o aleitamento materno foi praticado em horários pré-estabelecidos por mais de um século, pode ter havido uma mudança nas expectativas com a relação ao comportamento dos bebés. Assim quando um bebé solicita a mama com frequência, é comum interpretar esse comportamento própria da espécie humana como uma consequência de leite insuficiente ou fraco.

A má interpretação do comportamento e das necessidades normais do recém-nascido pode ser considerada como um fenómeno cultural. De acordo com Carvalho (2002) quando um bebé solicita o seio com frequência, é comum interpretar esse comportamento próprio da espécie humana como consequência de um leite insuficiente

ou fraco. De forma semelhante, o choro ou inquietude da criança geralmente é interpretado como fome, sendo as necessidades não nutricionais do bebé desvalorizadas.

Muitas outras crenças e práticas estão arraigadas à cultura e entram em conflito com as recomendações óptimas da criança pequena. Guigliani (2005) destaca: os suplementos com água e chás. Os chás costumam ser introduzidos muito cedo para matar a sede da criança, acalmar as crianças, aliviar cólicas e tratar diferentes doenças. Outra prática relativamente moderna é o uso de bicos e chupetas. Essa prática pode interferir com o aleitamento exclusivo, pois as crianças que usam chupetas geralmente vão ao peito com menos frequência.

Outros exemplos revelam a falta de conhecimentos relativamente à amamentação na sociedade, como apresenta Pamplona (2005): É bastante comum entre as lactantes trabalhadoras introduzir substitutos do leite materno muito cedo, com o objectivo de “acostumar” a criança. A influência da promoção das fórmulas lácteas tem sido percebida pelas mães como promotoras do uso de fórmulas infantis.

Por todas estas fantasias, ansiedades, mitos e tabus, é necessário educar a população em geral quanto ao valor da prática da amamentação, melhorar as práticas dos serviços de saúde, dar suporte às mães na comunidade e nos seus locais de trabalho e restringir a promoção inadequada dos substitutos do leite materno.

2- PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO

A forma de alimentação da criança nos primeiros meses de vida continua a ser um dos grandes problemas de saúde pública. Além do número elevado de mortes que resultam de práticas inadequadas de alimentação, também resulta em custos elevados de patologias associadas e expõe a criança a risco de subnutrição, que pode afectar definitivamente o seu desenvolvimento e a sua qualidade de vida.

As causas dos desacertos da alimentação da criança são múltiplas, de acordo com Silva (2005): desorientação da mãe e família; falta de formação dos profissionais da área da saúde; obstáculos criados pelo trabalho fora de casa; atitudes adversas de empregadores; propagandas enganosas e legislação omissa ou não cumprida.

A protecção, promoção e suporte ao aleitamento materno são uma prioridade no que diz respeito à saúde pública em toda a Europa. O Blueprint (2004) apresenta uma estratégia global para a alimentação de lactentes e de crianças na 1ª infância, adoptada por todos os estados-membros da OMS na 55ª Assembleia Mundial de Saúde em Maio de 2002, fornece uma base para as iniciativas de saúde pública. E acrescenta que o aleitamento materno só pode ser protegido, promovido e apoiado através de uma acção concertada e coordenada.

As actividades específicas para a protecção, promoção e suporte ao aleitamento materno devem ser apoiadas, como refere o Projecto em acção (2004), *“por um plano eficiente de informação, educação e comunicação, e por formação adequada ao nível pré-graduado e em serviço. A monitorização e avaliação, bem como a investigação em áreas prioritárias são indispensáveis para um planeamento eficaz”*.

A formação profissional dos agentes de saúde implica, corroborando com Silva (2005), muito mais do que esclarecer as mães sobre as vantagens do aleitamento e ajudá-las a resolver eventuais dificuldades. Cabe ao profissional de saúde a responsabilidade de aplicar as normas gerais, mas contando com o conhecimento necessário para ajustá-las em cada caso. Deve estar também preparado para orientar a mãe no encontro de soluções que sejam viáveis para ela e que preservem a saúde do seu filho.

Nas últimas três décadas são vários os eventos e iniciativas que têm vindo a ser desenvolvidas com o objectivo de dar resposta ao aleitamento como uma prioridade de Saúde Pública Mundial assim definida e reafirmada em 2004 pela OMS/UNICEF.

Em Portugal, o Relatório do Director Geral e Alto-comissário da Saúde de 2001, fazia menção à prioridade atribuída à saúde Materno-Infantil com a aprovação da Rede de Referência Materno-Infantil e da publicação de outros documentos destinados a promover a qualidade dos cuidados nesta área.

Em 2002, o programa Saúde XXI – Saúde para Todos no Século XXI, da OMS, apresentava como objectivo único atingir um potencial completo de saúde para todos, promovendo e protegendo a saúde das populações ao longo de toda a sua vida. A meta número três deste documento fazia menção da importância de um início de vida saudável de forma a conseguir alcançar o objectivo principal.

De acordo com o relatório – Uma Observação sobre Aleitamento Materno, 2003, verificou-se um aumento do aleitamento materno de 81.4% para 84.9% entre 1995/96 e 1998/99. O estudo revelou ainda que no fim da primeira semana pós-parto, ou seja,

depois da alta hospitalar, muitas mulheres deixam de amamentar. Este facto aponta a importância do reforço positivo que deve ser dirigido neste período de forma a manter a prática do aleitamento materno. Os resultados mostraram, ainda, que por volta dos três meses a grande maioria das mães deixa de amamentar, muito provavelmente relacionado com o seu regresso ao trabalho.

O Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2004-2010 do Ministério da Saúde, faz referência a intervenções necessárias de forma a obter mais saúde para todos durante a gravidez e período neonatal. Entre outras distinguimos duas medidas de forma a atingir este propósito: o incentivo a visitas domiciliárias por parte dos Centros de Saúde de forma a aumentar a cobertura no período pré-concepcional e no puerpério e o destaque dado ao aleitamento materno como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais.

No âmbito da promoção da saúde com o objectivo de aumentar as taxas de aleitamento, têm vindo a ser desenvolvidos programas governamentais e não governamentais, obtendo grande êxito o programa Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (IHAB).

2.1- INICIATIVAS DE SUCESSO

Em 1996, a Comissão Nacional IHAB realizou o primeiro curso de “Aconselhamento em aleitamento materno” em Portugal, na Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, em colaboração com a OMS/UNICEF. Esta formação surgiu, tal como em outros países, com a finalidade de “capacitar profissionais de saúde para intervir nas Maternidades no sentido de apoiar e proteger a amamentação” (Pereira, 2006).

A divulgação das “Dez medidas” e a aplicabilidade dos seus princípios são instrumentos vitais para a promoção, protecção e apoio à amamentação na nossa sociedade, de forma a garantir um bom início de vida de milhões de bebés (Valdês et al, 2001).

Para além das “Dez Medidas”, o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, é também um dos requisitos para o Hospital ser “Amigo dos Bebés”.

Em Outubro de 2005 o Hospital Garcia da Horta foi avaliado e acreditado, passando a ser o primeiro Hospital que tem implementado o programa IHAB.

Com o objectivo de promover o AM e uniformizar os conhecimentos e os procedimentos dos profissionais de saúde relativamente a esta temática, em 2002 foi publicado o Manual de Aleitamento Materno da autoria de Levy e Bértolo, Editado pelo Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Amigos dos Bebés, com o apoio do Ministério da Saúde (DGS), Fundos Estruturais e Saúde XXI (Programa Operacional Saúde) para o mesmo ser distribuído gratuitamente a todas as grávidas e mães lactantes em Portugal.

Em Setembro de 2005 a ENSP da UNL em conjunto com CNHAB, promoveu um curso de formação de formadores em Aleitamento Materno, da OMS/UNICEF, onde participaram oito enfermeiras, que se constituíram em grupo denominado Comité para a Protecção, Promoção e Apoio do Aleitamento Materno em Portugal. Sediado no Ministério da Saúde, através da Direcção Geral de Saúde, está a desenvolver um plano de Acção dando resposta às directivas emanadas no Blueprint (2004). O objectivo principal é promover o aleitamento no país através do desenvolvimento de acções concertadas a nível nacional. Desde o início da actividade já organizaram e realizaram cursos de Aconselhamento em Aleitamento Materno da OMS/UNICEF, onde formaram conselheiros em amamentação.

O Comité tem a preocupação de fazer formação em aleitamento segundo as orientações da OMS/UNICEF, os profissionais de saúde que trabalham com a mãe e o bebé, para implementar no país o programa IHAB, pois como foi referido é o programa que mais promove o sucesso do aleitamento.

Inúmeros estudos Internacionais publicados comprovam a eficácia do programa IHAB designadamente Cattaneo e Buzzetti (2001), Batinica et al. (2002) e Durant et al. (2003). Citando Cattaneo e Buzzetti (2001) “ (...) a eficiência e o impacto das acções da Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés têm resultado num aumento da incidência, e o que é mais importante, na prevalência do aleitamento materno” (p.22).

No Brasil, onde a nível mundial mais tem sido implementado desde 1992, tem apresentado resultados excelentes nesta área, referenciados por Berra et al. (2002) e Montrone (2002) como exemplo a seguir.

Canahuati e Joya (2001) afirmam que as estratégias da Declaração de Inocenti e as Dez Medidas estão a contribuir para alteração de comportamentos na sociedade em

função dos benefícios que produzem e criando também apoios para as mães e seus filhos.

As práticas hospitalares são descritas como favorecedoras ou prejudiciais ao sucesso do aleitamento. Elas variam muito de cultura para cultura e dentro duma mesma cultura. Em algumas sociedades subsistem certos rituais logo após o parto que a mãe gosta de ver cumpridos porque acredita que está aí o sucesso ou infortúnio do seu filho. Outras oferecem substâncias ou alimentos não lácteos que podem influenciar negativamente a amamentação.

Os resultados do estudo de Ego et al (2003) referem que o sucesso do aleitamento depende sobretudo das motivações maternas e valorizam a importância das mães terem um plano definido para a sua duração. Semelhantes são as conclusões dos estudos de Ozone et al (2002) e Vogel (2003), que definem o sucesso pelo nível de motivação da mãe para o acto de amamentar. Galvão (2006) na sua investigação encontra associação positiva entre o planeamento da amamentação e a sua duração real. A nível internacional foram encontrados vários estudos com resultados semelhantes (Mahgoub, 2002; McLeod, Pullon e Cookson, 2002). Desabono referido por Pereira (2006) afirma a importância da motivação das mães e o acreditar que amamentar é a melhor opção, valorizando igualmente a aquisição de conhecimentos sobre as desvantagens da introdução de leites artificiais.

Pereira (2000) a valorização do pai na promoção e apoio da amamentação. Gomes (2003) refere que o pai da criança deve acompanhar o seu filho e mulher em todas as actividades, para além de participar nas questões ligadas ao aleitamento. Para Chang e Chan (2003) é imperativo incluir os pais e as avós nas discussões sobre aleitamento. Para Early (2002) da Costa (2004) a conduta dos pais no envolvimento do aleitamento muda rapidamente quando têm informação.

Durante a assistência adequado pré, peri e neonatal, é importante que a mãe veja assegurada a licença à maternidade e paternidade, a pausa remunerada para amamentar, creches no local de trabalho, e todos os direitos de cidadania. Parafraseando o slogan da Semana Mundial da Amamentação do ano 2000 "*Amamentar é um direito*", pelo que deverá ser respeitada por todos.

Citando a OMS, o Royal College of Midwifers, considera que pelo menos 98% das mulheres são fisiologicamente capazes de amamentar e que a decisão de amamentar na maioria das mulheres é anterior ao parto. La Leche League, citado por Galvão (2006), considera ser a gravidez uma boa altura para se preparar para a amamentação.

2.2 – PREPARAÇÃO DE GRÁVIDAS PARA AMAMENTAR

Uma das preocupações básicas da área de saúde consiste na educação dos indivíduos, ou grupos deles, com vistas a uma melhor qualidade de vida. Para tal, eles precisam adquirir ou modificar comportamentos, comportando-se de modo a prevenir problemas que ainda não foram adquiridos, lidando adequadamente com dificuldades que possam surgir.

Hoje existem muitas mães que desejam amamentar. Porém ao longo deste processo podem surgir algumas dificuldades, sobretudo na fase inicial, essas mães desistem facilmente, porque nem sempre encontram apoio nos profissionais de saúde, nem na sociedade oferece estruturas ou grupo de apoio ao aleitamento como acontece em tantos países, nomeadamente no Brasil com o grupo “Amigas do peito”, “Grupo Origem”, e outros, ou na vizinha Espanha com tanto sucesso “La Leche League”.

As estatísticas internacionais divulgadas pela OMS (1995) e por Bellamy directora da UNICEF (2000) e ainda Araújo (2000) e Carvalho e Tamez (2002) mostram que 50% das crianças deixam de ser amamentados no primeiro e segundo mês de vida.

A Assembleia Mundial de Saúde na sua resolução 54.2 aprovada a 18 de Maio de 2001 aclama aos Estados Membros a “ (...) apoiar a amamentação exclusiva por seis meses como uma recomendação mundial de saúde pública, levando em consideração os achados da Consulta Técnica de Especialistas da OMS acerca da duração óptima da amamentação exclusiva, e a proporcionar alimentos complementares seguros e apropriados, mantendo a continuação da amamentação até aos dois anos ou mais (...) ” (IBFAN, 2002, p.1).

Outros dois organismos internacionais que apoiam o desmame a partir dos dois anos ou mais são eles a Declaração de Inocenti e a Internacional Lactacion Consultan Association (2004).

Montrone e Rose (2003) classificam as causas do desmame precoce em duas categorias: dificuldades circunstanciais (relacionadas com o possíveis problemas das mamas) e dificuldades culturais. Entre as últimas destacam as transformações ocorridas na estrutura familiar; diversidade de papéis desempenhados pela mulher na sociedade moderna; representação das mamas como símbolo sexual, que juntamente com outros

hábitos sociais, condicionam a amamentação em público; perda cultural da transmissão de mãe para filha da experiência em amamentação; publicidade intensa de produtos lácteos para a alimentação de bebês e o uso de chupetas.

No trabalho de R. Pereira (2005) sobre “*Anestesia e analgesia de parto: impacto na amamentação*” refere que apesar de não encontrarmos contra indicações às drogas anestésicas mais utilizadas nas anestésias obstétricas, nas pacientes submetidas a cesariana, a ausência das contracções uterinas retarda o início da sucção na primeira hora pós-parto, apesar de manter-se o contacto pele a pele.

Levy citada por Galvão (2005) acrescenta que a sedação profunda, trabalho de parto prolongado, cirurgia e outras fontes de stress, desconforto e fadiga para as mães e bebês impedem o início da lactação.

Podem ainda ser acrescentadas, de acordo com Pereira (2006): a demora da primeira mamada após o nascimento e administração de infusões, soro glicosado ou suplementos lácteos.

Os motivos habitualmente mencionados pelas mães para o abandono precoce da amamentação, de acordo com Carvalho citado por Pereira (2006), são: “ *regresso precoce ao trabalho, inseguranças e medos para enfrentar dores e dificuldades que podem surgir no início da amamentação (ingurgitamento, fissuras nos mamilos), preocupações estéticas (mamas “caídas”), vontade de voltar a tomar anticoncepcional, mitos, medo que o seu leite seja insuficiente e que o filho passe fome, e por último a interferência negativa do marido e dos familiares*” (p.42).

A OMS/UNICEF referem outros motivos, alegados pelas mães para não amamentarem precocemente. Segundo estes organismos os motivos indicam que existe uma falta de informação generalizada do conhecimento do processo fisiológico da lactação e que a maioria das mães desconhecem que podem amamentar e produzir leite suficiente para alimentar o seu filho. Esta falta de informação gera na lactante, sobretudo na primípara, insegurança, medo de não ter leite suficiente, de não estar a fazer bem, impedindo de imediato a amamentação quando surge um pequeno problema (Venâncio et al, 2002 e Bueno et al, 2003).

A legislação tem vindo a sofrer várias alterações, mas ainda não favorece esta prática ao implementar a lei de protecção da maternidade e da paternidade com a duração de 120 dias, podendo ser de 150 com 20% da remuneração. Isto obriga as mães a retomarem o trabalho e conseqüentemente a interromperem o aleitamento exclusivo no mínimo 60 dias antes do preconizado pela OMS/UNICEF (2001).

Há multicausalidade no abandono precoce do AM, o que dificulta a directividade na intervenção. Torna-se assim, necessária a conjugação de esforços por parte dos profissionais de saúde, mãe, família, Estado e empregadores, no sentido de criarem condições favoráveis ao sucesso dessa prática, conforme orientações da OMS/UNICEF (2001).

Se consideramos que a educação em saúde é um processo que envolve mudanças de comportamento, torna-se necessário propor estratégias de ensino que favoreçam a aprendizagem das habilidades necessárias para que estas mudanças efectivamente se concretizem, e, posteriormente, se mantenham. Montrone (2002) refere que para Bayés, na área de educação em saúde, a informação é uma condição necessária para obter mudanças de comportamento; porém, sozinha, ela é insuficiente para conseguir tais mudanças. E ainda a participação leva a uma difusão mais eficiente dos conhecimentos e, por outro lado, provoca uma organização e uma responsabilidade no sentido de valorizar práticas que melhorem a saúde das crianças. As grávidas tornam-se o agente principal na promoção de saúde de seus próprios filhos. Estas mulheres podem, actuar como potenciais multiplicadoras destes conhecimentos dentro da sua comunidade.

Montrone (2002) refere que, Tognetti considera que o grupo alvo prioritário são as primigestas, já que elas são mais susceptíveis aos apelos comerciais, às mudanças e às novas ideias. A pesquisadora menciona, como um dos principais objectivos, mudar os conhecimentos, as atitudes e as práticas das mães em relação ao aleitamento e aos complementos. Outros objectivos que a autora menciona são conseguir o reconhecimento institucional para o aleitamento materno como uma actividade de saúde pública e conseguir o seu amparo na legislação do trabalho. Os programas de promoção devem destacar o valor nutricional do leite materno assim como as suas vantagens para a saúde do bebé.

Ainda a mesma autora salienta que de acordo com Tognetti, o programa a ser aplicado deve considerar as características da população-alvo. Entre os factores que devem ser levados em consideração estão a idade das mães, seu nível educacional e socioeconómico, a área de residência, o estado civil, o meio social, a saúde da mãe e se esta trabalha ou não. Os meios de comunicação social também têm um papel importante na promoção do aleitamento materno. A experiência prévia em amamentação é um factor importante.

Guigliani (2002) também conclui que as estratégias de promoção da amamentação devem estar de acordo com a população-alvo, sua cultura, seus hábitos, suas crenças e sua estatuto socioeconómico.

O Projecto em Acção para a protecção, promoção e suporte do AM na Europa (2004) refere que *“é fundamental uma informação, educação e comunicação adequada (...) e que as mensagens (...) devem ser consistentes com as políticas, recomendações e legislação em vigor, bem como as práticas do sector dos serviços sociais e da saúde. Os futuros pais e os pais recentes têm o direito a uma informação completa, correcta e actualizada sobre a alimentação da criança, incluindo orientações sobre uma alimentação segura, oportuna e correcta, de forma a poderem tomar decisões fundamentadas. O aconselhamento personalizado e presencial deve ser fornecido por profissionais de saúde bem treinados, conselheiros interpares e grupos de apoio de mãe para mãe. As necessidades particulares das mulheres com menores probabilidades de amamentar deverão ser identificadas e activamente solucionadas”* (p. 7-8).

Da mesma forma, Guigliani (2002), refere que é restringir a publicidade inadequada dos substitutos do leite humano, assim como o uso de biberões, tetinas e chupetas. E também Pereira (2006) para o sucesso da amamentação é muito importante, que mãe receba informação compreensível acerca da importância do AM, relativamente aos aspectos biológicos, imunológicos e fisiológicos da amamentação. É igualmente importante que as orientações proporcionadas pelos profissionais de saúde não sejam diferentes, nem contraditórias, porque aumenta a ansiedade e angústia das mães.

De acordo com a abordagem de Bayés segundo Montrone (2002), o processo de ensino consiste, principalmente, em criar condições que promovam a aquisição ou modificação de comportamentos. A ocorrência de comportamentos é vista como multideterminada, produto de uma interacção complexa entre diferentes variáveis. Entre as variáveis destacam-se o próprio comportamento, suas condições antecedentes e consequências. Consequências positivas (tecnicamente designadas como reforçadores positivos) aumentam a probabilidade de ocorrência futura dos comportamentos a que se seguem.

Montrone (2002) apresenta um programa de ensino que tem como objectivo principal: ensinar e preparar mulheres grávidas a amamentar e simultaneamente estimular os seus bebés. *“O programa de ensino foi aplicado para um grupo de mulheres que concordaram em participar efectivamente, actuando como voluntárias. O*

trabalho começa durante o último trimestre de gestação das mães (sendo a primeira à 28 semanas de gestação) e termina ao nascimento do bebé”.

Ainda Tamez (2005) recomenda que as acções devem ser oferecidas às grávidas e seus parceiros no último trimestre da gravidez.

No programa de ensino de Montrone (2006), as mulheres tinham conhecimentos sobre a importância e as vantagens do aleitamento materno para a saúde do bebé, mas há necessidade de se formular programas educativos que ensinem as mães: Como amamentar e como superar as dificuldades ao longo do período de amamentação e da importância da estimulação do bebé para o desenvolvimento do mesmo. Actividades de estimulação, como por exemplo, conversar, cantar, sorrir para o bebé, etc., de maneira a desenvolver ao máximo as potencialidades do mesmo, levando em consideração as capacidades perceptivas que ele tem.

As mulheres sugeriram também a necessidade de se incluir no programa de ensino tópicos referentes à alimentação da mãe que amamenta, ao aleitamento materno como método de espaçamento de filhos, aos cuidados gerais e à higiene do bebé.

Os grupos devem, de acordo com Tamez (2005), seguir o método de participação activa no processo de aprendizagem, com um componente da aula prática utilizando bonecas para a demonstração, além de serem fornecidas informações teóricas. Recomenda que sejam entregues informações para que possam ser utilizadas como referência posteriormente.

O fornecimento de informações sobre a amamentação, escritas e ilustradas de forma adequada, tem o potencial de aumentar os conhecimentos sobre o tema e o número de mulheres que iniciam e continuam a amamentar (Jones, 2006).

No curso de preparação de gestantes para profissionais de Saúde em Coimbra, Pamplona (2006) referiu que para ser eficaz a preparação da mulher para amamentação de uma forma positiva, enriquecedora a metodologia empregada deve atender os seguintes requisitos:

- Proporcionar condições de questionamento sobre os mitos acerca da amamentação e da maternidade;
- Promover o questionamento do poder nas relações interpessoais;
- Possibilitar a aquisição de conhecimento sobre os processos de lactação e pós-parto, não só nos seus aspectos anátomo-fisiológicos, como também quanto às rotinas médicas e hospitalares;
- Permitir a elaboração, de forma profunda, das repressões sexuais;

- Promover a expressão e a compreensão das sensações, sentimentos e emoções conscientes e inconscientes da amamentação e maternidade.

Em suma, em consonância com a mesma autora, devemos abordar, de forma integrada, os aspectos biológicos, emocionais e sócio-económico-culturais da vivência da amamentação e maternidade, tendo, portanto aspectos educacionais e terapêuticos. E aqui consideramos educacional não a simples transmissão e aquisição de conhecimentos, mas todo processo que leve as gestantes a desenvolverem acções que satisfaçam suas necessidades de manutenção e desenvolvimento vitais, enquanto seres sociais que são, isto é, suas necessidades materiais de alimentação, moradia, trabalho, bem-estar físico e mental, aquisição de conhecimentos, liberdade de expressão, lazer, participação nas decisões políticas e na vida colectiva.

Também Tamez (2006) recomenda incluir outros temas como: benefícios para a mãe e lactente; leite materno versus leite adaptado; valor nutritivo do leite materno; princípios básicos da anatomia e psicofisiologia da lactação; técnicas da amamentação; como entender a linguagem do bebé (sinais de fome, etc.); cuidados especiais; posicionamento; pega; por quanto tempo amamentar; dificuldades no período da lactação (ingurgitamento mamário, mamilos dolorosos, gretas e fissuras, diminuição do leite); trabalho fora de casa e amamentação (direitos da mulher, técnicas de extracção e conservação do leite materno).

Gostar de amamentar é profundamente influenciado pela cultura, refere Levy e Bértolo (2002) e Pereira (2006): *“A amamentação é uma experiência, proporcionada pelas famílias alargadas em que várias gerações coabitam, existindo uma transmissão de saberes e práticas tradicionais favoráveis ao AM. Uma experiência prévia com sucesso com um ou mais filhos também se reflecte positivamente na decisão de amamentar o futuro bebé”*.

O contacto pessoal regular e as orientações de mulheres da mesma comunidade com experiência prévia em amamentação, assim como profissionais bem treinados, tendem a aumentar o sucesso e o prolongar da amamentação (Jones, 2005).

Para uma amamentação bem sucedida, Galvão (2006), há necessidade de: consciencializar as mães da individualidade de cada bebé de forma a desenvolverem expectativas realistas face à amamentação e isentas de comparação; promover o contacto precoce mãe/bebé e a primeira mamada na meia hora que sucede ao parto favorecendo o envolvimento do pai e evitando o seu afastamento num período sensível e crítico na estruturação de laços vinculativos e no desenvolvimento de afectos; fornecer

esclarecimentos relativos à amamentação sob a forma escrita, utilizando-se uma linguagem fácil e acessível.

Relativamente aos profissionais de saúde e às suas implicações práticas para aumentar o sucesso da amamentação, Galvão (2005) recomenda que a mãe deve ser encorajada a alimentar o seu bebé tão frequentemente e demoradamente quanto queira e se este adoptar um posicionamento correcto, de extrema importância na prevenção do traumatismo mamilar.

Os profissionais de enfermagem devem também, de acordo com a mesma autora, incentivar e educar as mães: dar à criança exclusivamente materno e desmistificar a necessidade de introdução de outros alimentos ou líquidos antes dos 6 meses; a amamentarem segundo a vontade do bebé respeitando o estado de alerta no início da mamada; a não usar a chupeta; assim como, a desenvolver estratégias de ensino sobre a extracção e conservação de leite materno.

E ainda Pereira (2006) salienta que os profissionais de saúde devem: sempre que a díade (mãe-bebé) tenha condições, logo a seguir ao parto o recém-nascido deve ser colocado nu sobre o abdómen da mãe desnudado, para fazerem contacto precoce durante a primeira hora de vida e alterar o momento das intervenções de rotina ao bebé (peso, administração de vitamina K e desinfectante ocular, vestir) para depois do contacto precoce, e corrigir a pega na primeira mamada.

Quanto aos ciúmes dos filhos mais velhos, Lothrop (2000) salienta que esses sentimentos contraditórios são normais, por isso, quanto mais serenos e bem-humorados pudermos abordar as necessidades que actuam de maneira tão violenta nas nossas crianças, quanto mais levarmos a sério a sua dor, sem a lamentarmos, tanto mais rapidamente reencontrarão a sua antiga autoconfiança e equilíbrio emocional, menos ela se sentirá excluída e menos ciúmes terá.

Também as possíveis reacções do companheiro podem ser prevenidas se ambos, já durante a gravidez, se ocuparem do tema e falarem abertamente sobre sentimentos e medos, sobretudo quando há harmonia da relação conjugal. Se o homem está tão bem informado como a mulher e a apoia inteiramente, poderá ser mais eficaz. Então, ele estará apto a encorajá-la e fortalecê-la. quando observações críticas a deixarem deprimida, prejudicando o reflexo da lactação (Lothrop, 2000).

Almeida e Ramos (2003) e Galvão (2006) salientam que é necessário esclarecer alguns “mitos” e falsos conceitos que são verbalizados pelas mulheres e que interferem

com a amamentação, destacando alguns exemplos: Nem todas as mulheres que dão à luz produzem leite; a maioria das mulheres não é capaz de produzir leite suficiente para amamentar exclusivamente os seus bebés até aos seis meses; o tamanho das mamas e dos mamilos interfere com a produção de leite; é necessário preparar os mamilos durante a gravidez; o colostro não é bom para a criança; as crianças não devem mamar antes da “descida” do leite; o leite artificial torna a criança mais saudável; o aleitamento materno pode “estragar” o corpo da mulher; é embaraçoso amamentar em público; os chás matam a sede, acalmam a criança e evitam cólicas; o trabalho dificulta ou é impeditivo da amamentação.

Também o desmame tem grande influência na formação da confiança básica entre mãe e filho. E tendo em conta Lothrop (2000), quanto mais ameno for este passo e mais tempo se puder reservar ao desmame, melhor – melhor para o bebé e melhor para a mãe. Atender às necessidades da criança não deve ser confundido com super protecção, que realmente pode originar falta de liberdade.

O desmame abrupto, em alguns bebés pode levar a verdadeiras reacções de depressão, mas também para algumas mães pode ser um trauma profundo.

No entanto, enquanto mãe e filho sentirem prazer com a amamentação, não devem deixar-se influenciar por intervenções externas.

O papel do sector da saúde na amamentação será desempenhado com maior eficácia através da formação de equipas multidisciplinares. Equipas essas em que os profissionais tenham conhecimentos do ciclo gravídico-puerperal, especialmente da amamentação (Pamplona, 2005). *“O ideal seria que cada profissional de saúde pudesse ter reflectido e elaborado as suas próprias vivências de ter ou não ter sido amamentado, e, no caso das mulheres, de ter ou não amamentado”* (p.174).

Ajudar a mãe e o filho no processo da amamentação não envolve somente um conjunto de habilidades e atitudes de empatia, sendo esse processo chamado de aconselhamento (Tamez, 2005).

Os princípios básicos do aconselhamento, referidos por Galvão no Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno em 2006, devem incluir:

- Escuta activa (ouvir primeiro, observar, fazer perguntas abertas, avaliar o conhecimento ou informação que a mulher ou casal possuem);
- Linguagem corporal (usar contacto olho a olho sem barreiras, demonstrar respeito, paciência em ouvir, aconselhar em ambiente privado).

- Atenção e empatia (levar em conta os sentimentos, responder às perguntas sem fazer julgamento);
- Tomada de decisão (identificar a fonte de informações incorrectas, oferecer a informação oportuna relacionada à situação, orientá-la a tomar a melhor decisão).
- Seguimento (estar envolvido, estando disponível para atendê-la novamente e estar preparado para apoiar as suas decisões).

É importante que se estabeleça uma “parceria de confiança”, isto é, ajude a aumentar a auto estima e a confiança. Ensinando e envolvendo nos cuidados ao bebê, a resolver as dificuldades que possam aparecer com a amamentação e como tomar a decisão correcta (Tamez, 2005). Também Galvão (2006) refere ser importante que *“se forme um entendimento, orgulho e bem-estar familiar e que se criem grupos de apoio à amamentação para que as mães possam recorrer ainda antes do bebê nascer e após a alta hospitalar, nomeadamente a sua confiança na capacidade de cuidar do bebê e preparação geral para a sua função da mãe”* (p.151).

Avaliar também o sistema de suporte (familiares e amigos), e como percebem o aleitamento materno, pois eles poderão ser uma grande influência para a incidência e o sucesso da amamentação (Tamez, 2005).

O medo do desconhecido é inerente ao ser humano. A melhor maneira de enfrentá-lo é, literalmente, conhecer o processo que desencadeia o medo, para então aboli-lo. A informação reduzirá a ansiedade e a insegurança, trazendo maior controlo da situação, daí ser necessário identificar e estimular conceitos positivos; identificar e combater atitudes e ideias negativas, assim com desmistificar mitos e tabus; esclarecer incertezas sobre a produção do leite e identificar as causas que levam a mulher a preferir o aleitamento artificial (Pamplona, 2003).

A possibilidade de pensar, expor fantasias, medos e angústias, torna as mulheres menos vulneráveis, mais aptas e capazes de lidar com as inúmeras dificuldades. Assim, as grávidas necessitam de um espaço onde possa não só elaborar as suas ansiedades e desenvolver a sua espontaneidade na criação dos seus novos papéis, como também adquirir conhecimentos (Idem).

Neste sentido, e de acordo com a mesma referência, o psicodrama apresenta-se como um instrumento ideal, utilizando tanto o seu carácter pedagógico quanto

terapêutico, com o objectivo do casal possa viver este ciclo da forma mais espontânea e criativa possível a cada um.

2.3- O PSICODRAMA EM GRUPO DE GRÁVIDAS

O psicodrama é para Moreno um método que aprofunda o conhecimento da alma humana por meio da acção. Quando nos convida a pensar no psicodrama como método e não como técnica, também nos está convidando a compreender a acção. Compreendemos a acção composta pelos aspectos verbais, afectivos e gestuais. Isso facilita a compreensão integral dos códigos da acção (Bustos, 2005).

O criador do psicodrama, conforme Pamplona (2005), considera que o ego se constitui através da formação de papéis *“Papel é a forma de funcionamento que o indivíduo assume no momento específico em que reage a uma situação específica, na qual outras pessoas ou objectos estão envolvidos”*.

O processo de desenvolvimento de papéis, que se dividem em psicossomáticos, psicológicos e sociais, começa com o nascimento e continua para toda a vida. Também relativamente a amamentação (dar e receber o alimento), mãe e bebé aquecem-se para a execução de uma cadeia de actos que desenvolvem um certo grau de coerência interna, e gradualmente surge uma recíproca expectativa de papéis, criando as bases para o intercâmbio futuro de papéis entre a criança e os egos auxiliares (Idem).

Todo o papel compõe-se de um denominador colectivo, social e de seu diferencial individual. Muitas mulheres vivem o conflito entre exercer seu papel materno no nível da adopção do papel social, ou de vivê-lo com certa liberdade, no nível de representação de papéis, e creio que poucas ousarão, sem ajuda, viver o papel materno de forma criativa e espontânea, sem culpa (Ibidem).

Toda a psicoterapia é também um método de análise das motivações não evidentes ou não assumidas do comportamento. Para esse efeito recorre-se às memórias escondidas, sobretudo de acontecimentos traumáticos que, por serem dolorosos, a nossa consciência se habituou a excluir. A utilização da memória corporal é uma das formas de acesso mais poderosas, e a chave de êxito das terapias corporais (Abreu, 2002).

O corpo é assim, de acordo com o mesmo autor, mais revelador que a palavra, e o psicodrama é também uma forma de aprender a analisar o corpo em acção, de ouvir os seus apelos, de aprender a lidar com ele, de aceitar a sua existência. Nas dramatizações,

a direcção dos acontecimentos passa para o domínio do corpo, tornando-se assim mais espontânea. É frequente que a dramatização de um acontecimento banal evoque memórias há muito escondidas, abrindo assim um filão do nosso passado que se pode explorar por sucessivas dramatizações até à plena compreensão e conseqüente mudança do comportamento e atitudes presentes (Idem).

Funcionar no papel dos outros, requer um esforço, aumenta a capacidade de compreensão dos outros, tal como eles são e não como gostaríamos que fossem. À correcta percepção dos outros, chama Moreno a “*tele*”. A capacidade de formar “*teles*” adequadas é um dos objectivos do psicodrama, já que certos mecanismos de defesa obrigam a que avaliemos os outros por nós próprios, projectando neles os nossos receios, os nossos sentimentos, os nossos conflitos. Se este não fosse o caso, o desempenho relacional seria mais adequado e flexível (Ibidem).

A dramatização pode incluir mais do que uma cena. As cenas são usadas para explorar os problemas, levantar hipóteses diagnósticas e terapêuticas, criando *insight*, promovendo o acesso progressivo a aspirações mais realísticas e as estratégias futuras de comportamento mais adequadas aos interesses pessoais do sujeito. Sendo uma terapia individual em grupo, todos os elementos partilham, de um modo singular, as emoções, os sentimentos, as ideias e as reflexões do protagonista, podendo também obter ganhos terapêuticos (Ribeiro, 2004).

Abreu (2002) salienta ainda que no psicodrama, não há dependência de um terapeuta todo-poderoso, evitando-se assim uma relação tipo paternal. A liberdade é maior, o sentimento de autonomia também. O cliente não se sente jogado, mas joga actualmente na terapêutica dos outros. Sente-se útil e, naturalmente, responsável e comprometido com as indicações que dá aos outros.

Esta noção de ajuda mútua no grupo remete segundo Ribeiro (2004), desde logo, para a influência da abordagem fenomenológica-existencial, sempre presente na teoria psicodramática – o encontro, o momento e a espontaneidade como elementos percussores da criatividade.

O director deve procurar, antes de mais, a espontaneidade de cada um, e sobre ela construir os recursos terapêuticos e ainda Abreu (2002) refere que a espontaneidade é um “*leit-motiv*” que percorre todo o movimento do psicodrama desde o seu início... É neste exercício que se descobre que a vida se torna menos pesada, assim nos deixemos guiar por essa energia momentânea, próxima da intuição, que nasce simultaneamente do

nosso corpo, da nossa história individual, da nossa liberdade. E que é, ainda, algo que nos faz crescer.

O psicodrama permite a distanciação e exclusão de comportamentos inadequados. No cenário, mesmo que atinjam a mesma tensão, elas contêm alguns elementos do jogo lúdico, e são depois comentados. Abreu (2002) ainda acrescenta, aprende-se a vida vivendo, mesmo antes que ela se possa aprender. Fica a conhecer todas as implicações dos seus comportamentos alternativos.

Na representação psicodramática, colocamos em cena todo o corpo. Este torna-se o elemento fundamental da descrição de uma história que se conta, de um modo vivido e actuante, através da acção, do movimento, da mímica, da expressão, da sequência e ritmo da sua representação cénica (Ribeiro, 2004).

Trabalhando com técnicas dramáticas, Bustos (2005) salienta que o tempo deve ser maior do que com técnicas verbais, já que o relato verbal, por mais detalhado que seja, pode ser referido brevemente; a acção dramática requer um tempo muito maior.

Com esta metodologia, o controlo que habitualmente se exerce sobre a expressão verbal é superado na dramatização. De acordo com Rojas-Bermúdez, uma intervenção de conteúdos meramente verbais não pode tirar partido dos detalhes de uma dramatização (Ribeiro, 2004).

Como consequência, a mesma autora relembra que, a expressão corporal dificulta a utilização da palavra como defesa, ocultação ou deformação da verdade, já que a palavra se faz acompanhar da acção, num *acting-out* que, não raro, atraiçoa a expressão verbal a expressão verbal, resgatando a realidade interna (Idem).

A palavra nem sempre pode substituir uma pessoa, um acontecimento ou uma emoção, e sabemos que muitas das formas de comunicação não verbal, gestáltica, não são conscientes ou voluntárias, mas são muitas vezes decisivas nas reacções que despertam na interacção (Ibidem).

Existe uma regra de ouro em psicodrama, o terapeuta deve: ir do superficial ao profundo, e da periferia para o centro. Ir directo ao provável tema do conflito significa expor-se a não compreendê-lo em sua profundidade (Bustos, 2005).

Na dramatização, de acordo com Ribeiro (2004) as participantes actuam as suas experiências, e através da corporeidade da revivência em palco, passam de um relato tão-somente verbal para um relato tridimensional da cena representada.

O espaço incorpora o contexto tridimensional das situações vivenciadas reproduzidas no “aqui e no agora” e num espaço concreto, o contexto dramático. Dias

(2002, p.143) refere ainda que “*o espaço é muito favorável ao processo de crescimento e mudança, do que quando é feito de uma restrição impositiva*”

Os jogos, de acordo com Abreu (2002), têm três objectivos importantes: a coesão do grupo, a revelação de papéis e a emergência do protagonista. A coesão de grupo é conseguida porque os jogos, aumentam e reforçam a confiança, criam um clima de descontração, resolvem tensões intragrupais e ainda mudam as atenções e atitudes do grupo.

Depois de um jogo, o grupo mostra-se sempre mais criativo e participativo dando-se frequentemente um salto qualitativo no processo terapêutico (Idem).

Os jogos de confiança e coesão grupal implicam o contacto corporal, como por exemplo a roda e pode ser movimentada e animada com música, expressão corporal ou interacção com o elemento imediato. Esta interacção pode ser provocatória dentro das regras do jogo e assim se descarregam tensões e aumenta a desinibição e tolerância dentro do grupo. É desejável que se forneçam regras claras, limites e imagem visual que defina o contexto do jogo (Ibidem).

Por tudo isto e de acordo com Pamplona (2003), o psicodrama apresenta-se como um instrumento ideal para grupo de grávidas. Tendo por base, que grupo não se constitui como psicoterápico e sim como educativo e preventivo, com aspectos, momentos e ganhos terapêuticos que não se podem dissociar do pedagógico, quando este se refere a factos vitais como sexualidade e nascimento.

A mesma psicodramatista refere que relativamente às potencialidades terapêuticas do corpo (e a partir do corpo), pensamos ser pertinente que a intervenção seja efectuada com um grupo aberto no qual as grávidas podem entrar a qualquer momento no grupo e em qualquer idade gestacional. A presença do pai do bebé deve ser bem vinda em todas as sessões (semanais). A duração das sessões poderá ser de duas horas semanais, sendo estas divididas em uma hora de trabalho de consciencialização corporal e relaxamento, e uma hora de grupo de psicodrama pedagógico terapêutico.

E ainda, Pamplona (2003), nestes sociodramas as grávidas poderão expressar através de falas, cenas, colocações e comentários, os seus anseios, necessidades, projectos, realizações e tudo o que acontece no movimento psicodramático.

A mesma autora salienta que há uma sequência de temas pré-determinados tendo como prioridade atender às exigências e ansiedades do grupo emergentes em cada sessão. E utilizando as técnicas psicodramáticas tanto para a aquisição de conhecimentos relativos à anatomia sexual e às etapas do parto, aos mecanismos da

amamentação, aos cuidados com o bebé, como também para a elaboração de conflitos e desenvolvimento da espontaneidade e criatividade nos novos papéis. E ainda acrescenta que do contrato do grupo deve constar o sigilo, a liberdade de críticas e sugestões e o carácter pedagógico-terapêutico do grupo, deve também ficar definido que podem ser trazidos os conflitos relativos às vivências do ciclo gravídico-puerperal.

No curso de preparação de gestantes para profissionais de saúde (2006), Pamplona exemplificou como realizava o aquecimento (inespecífico e específico), a dramatização e os comentários finais e salientou sempre que se deve atender aos pedidos do grupo e não impor temas. Apresentou algumas das técnicas de dramatização que utiliza nos cursos com gestantes, de acordo com os conteúdos emergentes no grupo: “Técnica do júri”; “associação livre com palavras”; “viagem ao interior do corpo”; “cenas da amamentação”; “técnica da estátua”; “técnica da imagem da amamentação”; “técnica contracção, relaxamento e sensação dolorosos” e a “técnica pós-parto: necessidade do homem, da mulher e da criança”.

O psicodrama, de acordo com Pamplona (2006), pode propiciar uma vivência criativa dos novos papéis, fortalecendo o vínculo do casal entre si e com o bebé, pode proporcionar partos tranquilos e felizes, amamentações prolongadas e sem medos, e principalmente menor índice de blues e depressões pós-parto.

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

1- PROBLEMA DE PESQUISA

Após a revisão do patrimônio teórico sobre o tópico de pesquisa (preparação para a amamentação e psicodrama) e da experiência acumulada em doze anos de profissão dedicada à díade mãe-filho, propomo-nos a construir e aperfeiçoar um programa psicoprofilático, sobre a preparação para amamentar que inclua uma abordagem psicodramática.

1.1- RAZÕES PARA O ESTUDO

A mulher grávida vive intensos eventos através do seu corpo e do seu psiquismo, ao longo de nove meses, que suscita um certo desgaste emocional decorrente dos sentidos múltiplos e contraditórios que teceram a história da família e que culminam, finalmente, na ocasião do nascimento da criança.

A experiência do parto e a amamentação sofre influência de circunstâncias diversas, tanto presentes como passadas, tanto individuais como colectivas; pelas relações que a mulher estabelece com a família e amigos, pelas suas idiossincrasias e história individual, tanto quanto por outras circunstâncias que a assemelham a outras tantas mulheres, do mesmo grupo sócio-cultural ou sujeitas aos mesmos padrões sócio-culturais.

De acordo com a subjacente fantasia inconsciente e das fantasias conscientes predominantes, o parto e a amamentação serão experimentados como uma alegria, um prodígio, um alívio, uma perda, um trauma, uma descoberta; provavelmente uma mistura de tudo isto. A realidade externa do parto e do aleitamento materno pode ser delicada ou áspera, mas o sentido, e a medida em que é experimentado como agradável, perturbador, suportável ou intolerável, estará intimamente ligado à disposição psicológica interna de todos os envolvidos.

Uma vez que exercemos a profissão de enfermagem na área da Neonatologia há 12 anos e de Obstetrícia há 7 anos, sempre trabalhando com recém-nascidos e mães com necessidades de incentivo e apoio na amamentação. Pela nossa experiência, deparamo-nos com vários problemas da lactação, muitas vezes surgem porque o processo

fisiológico é alterado por aplicação de regras e normas artificiais ou por incorrecta colocação do bebé à mama.

Temos presente na nossa actuação que a amamentação é uma técnica que se tem de aprender e praticar. Ainda que o amamentar seja natural não é instintivo, inclusive mulheres múltiparas poderão necessitar de ajuda para iniciar, sobretudo quando anteriormente não amamentaram ou tiveram dificuldades.

Apesar da Organização Mundial de Saúde (2002) afirmar que o aleitamento exclusivo durante os seis meses de vida assegura o crescimento, desenvolvimento e saúde óptimos dos lactentes e depois dos seis meses em conjunto com uma alimentação complementar, continua a contribuir para a nutrição, desenvolvimento e saúde do lactente e da criança. Cada vez mais verificamos que muitas mães abandonam precocemente a amamentação.

Sabemos que existe uma multicausalidade para o abandono precoce do aleitamento materno, mas cada vez mais e na nossa prática verificamos que a motivação materna e o significado que a mãe atribui à experiência de amamentar são factores muito importantes para a manutenção da amamentação.

Também pela nossa experiência na amamentação de dois filhos, durante sete meses cada um, destacamos a forte motivação e a intensa relação estabelecida nesse período.

Optámos pela construção e implementação de um programa psicoprofilático de preparação de grávidas para a amamentação, tendo por base que a protecção, promoção e suporte ao aleitamento materno são uma prioridade de saúde pública.

O aleitamento materno é a maneira natural de alimentar lactentes e crianças na 1ª infância e a amamentação bem sucedida tem efeitos benéficos para a saúde e bem estar das crianças, mães, famílias, o meio ambiente e a sociedade em geral.

Ao introduzirmos o psicodrama no curso tentámos fugir aos cursos que respondem de forma prática a problemas superficiais e funcionais, e entrar um pouco na subjectividade e na valência afectiva que se sabe hoje em dia que desempenha um papel muito importante.

É neste contexto, que nos propusemos, como Enfermeiras, com especial interesse e formação na preparação para o parto e no aconselhamento em aleitamento materno, a desenvolver este estudo dando a possibilidade às grávidas em preparação de pensar, expor fantasias, medos e angústias, tornando-as menos vulneráveis, mais aptas e capazes de lidar com as inúmeras dificuldades.

1.2- OBJECTO E OBJECTIVOS DO ESTUDO

O Objecto deste estudo são os programas psicoprofiláticos de amamentação e é a utilização do psicodrama nestes mesmos programas.

Com esta investigação empírico analítica pretendemos a pesquisa de um fenómeno dentro do seu contexto real, através do estudo de multi-caso. Tem como objectivos:

- Descrever as vivências e os sentimentos experienciados na gravidez em relação à amamentação;
- Compreender as vivências e os sentimentos experienciados na gravidez em relação à amamentação;
- Construir um programa de preparação para amamentar incluindo uma abordagem psicodramática;
- Implementar o programa de preparação para a amamentação;
- Perceber da pertinência e eficácia da utilização do método psicodramático nos programas psico-profiláticos de preparação para a amamentação.

1.3- QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Atendendo a que o tipo de estudo que nos propusemos realizar não supôs a manipulação de variáveis, não partimos de hipóteses pré-definidas mas sim de algumas questões (gerais) de investigação, nomeadamente:

- Que tipo de vivências e sentimentos podem ser experienciados durante a gravidez em relação à amamentação?
- Que tipo de conteúdos fantasmáticos, ansiedades, medos e fantasias podem emergir durante um programa de preparação para a amamentação, com a utilização da técnica psicodramática?
- Que dificuldades surgiram na aplicação do programa tal como ele foi proposto inicialmente?
- Que aspectos práticos devem ser corrigidos no programa proposto?
- Quais as vantagens e dificuldades associadas à introdução da técnica psicodramática?

2- METODOLOGIA

Após a revisão de literatura, procedemos à construção e implementação de um programa psicoprofilático, sobre a preparação para amamentar incluindo uma abordagem psicodramática a um grupo de quatro gestantes com mais de 28 semanas.

As sessões psicodramáticas decorreram, ao longo do segundo trimestre de 2006, na sala de consultas do Núcleo João dos Santos, do Instituto Superior Miguel Torga, em Coimbra. Foram vídeo-gravadas, com processo de consentimento informado das gestantes, para posterior análise. A duração das sessões foi de duas horas, uma vez por semana e em regime pós-laboral.

2.1- TIPO DE INVESTIGAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DA METODOLOGIA

Atendendo aos objectivos propostos neste estudo, entendemos adequado optar por um estudo exploratório, qualitativo, utilizando a técnica de estudo multi-caso.

Pensamos ter beneficiado do uso de uma investigação qualitativa, uma vez que procurámos estudar objectivamente os estados subjectivos das gestantes, tendo por base que estes fenómenos se revestem de grande complexidade e imprevisibilidade.

Como orientação, para ser possível desenvolver o estudo multi-caso, considerámos três fases: exploratória, delimitação do estudo, análise e redacção. Essas fases superposeram-se em diversos momentos e foram tratadas separadamente em função da natureza que cada uma comporta.

A fase exploratória colocou-se como fundamental para a definição do escopo do objecto de estudo. Foi o momento de estabelecer os contactos iniciais para o trabalho de campo.

A fase de delimitação do estudo foi muito importante para determinar o âmbito da pesquisa e estabelecer os contornos do estudo decorrente do facto de nunca ser possível explorar todos os ângulos do fenómeno. A selecção dos aspectos mais relevantes e a determinação do recorte foi, pois, crucial para atingirmos os propósitos do estudo e chegarmos à compreensão mais completa sobre a situação estudada.

Nesta fase, de acordo com as características próprias do objecto de estudo, foram escolhidas as técnicas que nos pareceram mais adequadas para a colheita de dados.

Por último, a fase de análise sistemática e redacção. A análise esteve presente ao longo dos vários estágios da pesquisa. Mas, nesta fase, organizámos rascunhos, notas de

observação, comentários, opiniões, etc., coligidos em campo, indexando-os sobre critérios predefinidos, afim de se constituírem em dados e informações que comprovassem as descrições e as análises dos casos.

Na redacção desta dissertação tentámos apresentar os múltiplos aspectos que envolvem o problema, mostrar a sua relevância, situá-lo no contexto em que aconteceu e indicar acções para possíveis modificações.

Optámos por incluir o método do psicodrama porque este recupera a situação original no seu contexto. Não se tratando apenas as descrições verbais mas também a actuação total e a realidade interna do sujeito. Tendo em conta que o controlo que habitualmente se exerce sobre a expressão verbal é superado na dramatização.

2.2- PARTICIPANTES

A selecção dos participantes para a realização do estudo foi feita por *conveniência*, entre grávidas pertencentes ao Instituto Superior Miguel Torga e pessoas interessadas em participar na investigação.

Foi efectuada uma entrevista de selecção das grávidas e tivemos como critérios de inclusão no nosso estudo não apresentarem problemas psicopatológicos aparentes ou problemas somáticos que pusessem em risco a saúde das grávidas e o desenvolvimento do programa. Foram seleccionadas grávidas com idade gestacional superior a 28 semanas, pois se for necessário uma preparação para a amamentação, vários autores aconselham e revelam como mais proveitoso o último trimestre da gravidez.

2.3- PROCEDIMENTO

Após a formalização oficial do estudo pelo Instituto Superior Miguel Torga. Foi contactado o Director do Núcleo João dos Santos, e foi pedida a sua colaboração no estudo, nomeadamente na direcção na componente psicodramática da formação.

Foi contactada a Doutora Dulce Maria Pereira Garcia Galvão. Professora Coordenadora na Área de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto, Doutora em Ciências de Enfermagem e autora do livro *“Amamentação bem sucedida: Alguns factores determinantes”*. E pedida a sua colaboração para a co-orientação no âmbito científico e específico da amamentação, ao qual se disponibilizou para repartir os seus conhecimentos.

Foi feito pedido ao Conselho Científico da Escola Superior de Altos Estudos do Instituto Superior Miguel Torga a co-orientação (anexo I), com o conhecimento do orientador, a qual foi concedida.

Foi proposto ao Instituto Superior Miguel Torga um curso de preparação para o parto e amamentação em contexto psicodramático em conjunto com a colega de mestrado que se propôs a investigar a preparação para o parto no mesmo contexto.

Foi feito um pedido via Internet à Psicodramatista Vitória Pamplona. Mestre em Educação, Especializada em Psicologia Hospitalar e em Psicologia Organizacional e do Trabalho, Psicodramatista da Sociedade de Psicodrama do Rio de Janeiro, Pós - graduada em Pesquisa Psicológica e Psicóloga, é também autora de livros editados, como *“Pós-parto e Amamentação: Dicas e Anotações”*, *“Gravidez e Parto: Dicas e Anotações”* e *“Mulher, Parto e Psicodrama”*), no sentido de utilizar as suas técnicas por ela desenvolvidas e padronizadas nos seus cursos para gestantes efectuados com sucesso no Brasil. A este pedido a autora respondeu positiva e amavelmente cedendo uma cópia dos seus principais trabalhos.

Após a autorização da realização do Curso pelo Conselho Directivo do Instituto Superior Miguel Torga (anexo II) e a construção do programa do Curso (anexo III), este foi devidamente publicitado através de desdobráveis e cartazes (anexo IV) nos diversos edifícios do Instituto Superior Miguel Torga.

Foi pedida a colaboração a uma empresa para material de puericultura necessário para as sessões, via Internet, esta foi prontamente concedida, com o envio de diverso material.

A equipa multidisciplinar de saúde foi constituída por um psicólogo e por duas enfermeiras habilitadas com o Curso de preparação para o parto (anexo V), tendo a autora desta pesquisa também o Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno (anexo VI). Ambas as formadoras já tinham um contacto pessoal com o psicodrama.

Foram efectuadas as entrevistas de selecção de forma intencional, tendo em conta os objectivos do estudo e os critérios de inclusão. As gestantes seleccionadas foram informadas (verbalmente e por escrito) dos procedimentos e dos objectivos do estudo, sendo garantida a voluntariedade da participação e processo de consentimento informado, salientando o respeito pela confidencialidade do tratamento de dados recolhidos.

O processo de consentimento implicou a reavaliação e renegociação, teve como componentes: como as investigadoras entram no campo; o compromisso de tempo das participantes e o que farão com os resultados.

As participantes foram informadas que as sessões seriam vídeo-gravadas e depois transcritas, ficando disponíveis para consulta pessoal e por elas reclamáveis se assim o entendessem. Desde o início e foram recordadas ao longo da investigação, que tinham direito a desistir do estudo a qualquer momento e sem qualquer prejuízo.

Do material recolhido das sessões uma investigadora estudou especificamente a componente de preparação para o aleitamento materno e a outra investigadora estudou a componente de preparação para o parto.

Após o término das sessões foi realizada uma análise de conteúdo das sessões psicodramáticas. Finalmente, a partir da análise de conteúdo, as sessões foram analisadas encontrando-se assim as principais conclusões.

2.4 - RECURSOS MATERIAIS E SETTING

As sessões tiveram lugar numa sala dupla (sala de observação e sala de consultas), separada por um espelho de observação unidireccional. Na sala de consultas as cadeiras das utentes estavam distribuídas em forma de U, estando os formadores posicionados na forma tradicional do psicodrama.

A sala de consultas tem isolamento de som, sendo dotada por isso de microfones, sendo o registo de som e imagem realizado na sala de observação. Por motivos éticos o registo audio-visual foi realizado de forma automática, não existindo observadores na sala de observação.

Para a realização deste estudo, para além do espaço e os materiais próprios (colchões, rolos, almofadas, cadeiras, material de puericultura, leitor de cd(s) e câmara de filmar, cartazes e panfletos) utilizados nas sessões psicodramáticas, necessitámos de material informático necessário ao tratamento de dados, à elaboração e redacção de todo o trabalho.

Foram distribuídas no início de cada sessão brochuras com os conteúdos e com a estrutura das sessões.

O setting psicodramático dada a formação do psicodramatista inspirou-se no modelo psicodramático psicanalítico de grupo.

2.5 – CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA

O programa de preparação de grávidas para o parto e amamentação por nós construído e implementado incluiu o método de psicodrama. As sessões constaram de uma abordagem teórico-prática, sobre a preparação para a amamentação e sobre a preparação para o parto (por parte da outra autora que realizou o estudo em colaboração). As sessões de psicodrama tiveram como Director o Professor Doutor Caiado Gomes. E sempre que necessário as enfermeiras serviram como egos auxiliares, assim desempenharam o duplo papel (investigadoras e egos-auxiliares), participaram também na acção que investigaram, na reflexão e na avaliação dos resultados.

Com este programa as grávidas com mais de 28 semanas puderam expor medos, angústias e fantasias, tivemos como objectivos do programa: criar um espaço de partilha com outras grávidas e proporcionar a aquisição de competências e autonomia, preparando a mulher para o parto e amamentação, tornando-as menos vulneráveis e mais aptas para lidar com dificuldades da gravidez e maternidade.

As sessões de formação foram divididas em dois momentos distintos: um 1º momento (primeira meia hora) de formação onde abordámos os conteúdos teóricos e um 2º momento (uma hora e meia) de sessão psicodramática.

A sessão de psicodrama por seu lado está dividida em três momentos: um primeiro de aquecimento (inespecífico e específico) através de exercícios da preparação para o parto baseados no Curso de Enfermagem de preparação para o parto do Instituto de Formação em Enfermagem. Um segundo de dramatização através de técnicas e jogos psicodramáticos e um terceiro constituído pelos comentários finais.

O programa constou de seis sessões que passamos a descrever:

1ª SESSÃO (dia 7 de Abril de 2006)

Começámos por fazer uma entrevista inicial a todas as candidatas (anexo VII) e a selecção tendo em conta os critérios de inclusão. Depois, às grávidas seleccionadas, foi feita a apresentação do curso e da equipa multidisciplinar, dos procedimentos e objectivos do estudo (powerpoint e por escrito- anexo VIII).

Explicámos que seria garantida a voluntariedade da participação, reafirmando que o curso seria gratuito e que tinham direito a desistir do estudo a qualquer momento e sem qualquer prejuízo, salientando o respeito pela confidencialidade do tratamento de

dados recolhidos e que estes dados constituiriam a base das teses de mestrado das enfermeiras.

Procedemos a uma recolha de temas do interesse das gestantes, para ajustar os temas teóricos do programa às necessidades do grupo.

Terminámos com a assinatura do Termo de Consentimento Informado (anexo IX).

2ª SESSÃO (dia 21 Abril 2006)

APRESENTAÇÃO TEÓRICA

No primeiro momento desta sessão apresentámos, em power-point, os conteúdos teóricos: Anatomia da Mulher, Anatomia do Trabalho de Parto, Anatomia da Mama e Fisiologia da Lactação

Apresentamos em anexo o conteúdo teórico “Anatomia da Mama e Fisiologia da Lactação” de interesse para a presente tese (anexo X).

PSICODRAMA:

- AQUECIMENTO

No segundo momento, introduzimos a música e exercícios de relaxamento e concentração essenciais de preparação para o parto e para auxiliar a lactação.

O primeiro exercício introduzido no Aquecimento foi o Momento de concentração.

Momento de concentração

(5 minutos)

Posição: dorsal, com o rolo debaixo dos joelhos.

Objectivo: consciencializar – tornar concreto e objectivo o corpo que está ausente de nós.

Fala: corpo relaxado, como uma boneca de trapos, olhos fechados. Em vez de nos concentrarmos no corpo todo, vamos concentrar-nos apenas numa parte do corpo. Vamos então pensar na mão direita, no punho, no cotovelo, e de seguida na perna direita, no pé, tornozelo, joelho e anca. (*fazer a mesma coisa para o lado esquerdo do corpo*).

Tomar consciência do nosso corpo traz-nos benefícios tais como: diminuir tensão, o medo, a ansiedade e a dor.

De seguida introduzimos o 1º e o 2º tipo do exercício básculas, específico da preparação para o parto.

- DRAMATIZAÇÃO

Na Dramatização foram utilizadas duas técnicas psicodramáticas padronizadas por Vitória Pamplona: Viagem ao Interior do Corpo e Técnica Cenas da Amamentação.

“Viagem ao Interior do Corpo”

Foi pedido pelo director, aos elementos grupo para, depois de se sentarem, fecharem os olhos e imaginarem uma viagem ao interior do seu corpo, onde se encontra o bebé. Imaginam o bebé: a imagem e a posição do bebé, os sentimentos e pensamentos das futuras mães.

“Técnica Cenas da amamentação”

Objectivo:

- Levantar o referencial do grupo sobre a amamentação.

Desenvolvimento:

Foi pedido pelo director para o grupo se sentar e fechar e relaxar. Pediu também para, de olhos fechados, imaginarem uma cena de amamentação com os seguintes elementos:

- ∞ Local
- ∞ Hora
- ∞ Posição da mãe e do bebé
- ∞ Sensações e sentimentos da mãe e do bebé.
- ∞ Presença ou não de outras pessoas em cena.
- ∞ Atitude e sentimentos da (s) outra (s) pessoa (s), se houver.

Pedi para, após imaginados estes itens abrirem os olhos e cada uma contou a sua cena.

- COMENTÁRIOS FINAIS

Nos comentários finais o director trabalhou os conteúdos surgidos.

No final da sessão foram oferecidas amostras de cremes para prevenção de estrias.

3ª SESSÃO (dia 28 Abril 2006)

APRESENTAÇÃO TEÓRICA

No primeiro momento desta sessão apresentámos, em power-point e por escrito, os conteúdos teóricos: Sinais de Alarme e Sinais do Início do Trabalho de Parto, Mala para a Maternidade, as Vantagens da Amamentação e as Fantasias e Medos da Amamentação.

Apresentamos em anexo os dois últimos conteúdos visto terem interesse para a tese (anexo XI).

Apresentámos o filme da Chicco “preparação para o parto”: capítulo 3 (10’09’’).

Entregámos os folhetos informativos (anexo XII):

- “Enxoval para a Maternidade”,
- “ Porquê amamentar?” e “O que deve saber antes do parto” do Ministério da Saúde – Ministério Regional de Saúde do Centro.

PSICODRAMA:

- AQUECIMENTO

No segundo momento, introduzimos a música, calma e sem voz, os exercícios de relaxamento e concentração (iguais à segunda sessão). Logo depois introduzimos o “Esquema de erros” o “1º tipo de respiração” importante na preparação para o parto.

- DRAMATIZAÇÃO

Na dramatização, foram utilizados duas técnicas psicodramáticas padronizadas por Vitória Pamplona: Técnica Estátua e Técnica Associação Livre com Palavras.

“Técnica da estátua”

Objectivos:

- Levantar as representações e sentimentos do grupo a respeito de determinado tema
- Propiciar a discussão do tema

Desenvolvimento:

O director pediu ao grupo para fechar os olhos e imaginarem que eram escultoras; Cada escultora fez mentalmente, uma estátua representativa do tema; Depois o grupo abriu os olhos e quem primeiro sentiu aquecida montou a estátua. Usou participantes do grupo como elementos e também objectos existentes no local (boneco, rolos e colchões); Pediu também a cada elemento da estátua para dizer como se sentia na posição em que foi colocado; Abriu a possibilidade das pessoas do grupo experimentarem as diversas posições da estátua e dar movimento a estátua; Após trabalhada a primeira estátua perguntou se alguém imaginou uma estátua diferente daquela e deu oportunidade de formar nova estátua; Puderam formar de 3 a 4 estátuas e depois passou aos comentários finais sobre todas as estátuas procurando discutir as ideias e sentimentos despertados pelas imagens.

“Técnica Associação Livre com Palavras”

Objectivo:

- Levantar as representações que o grupo tem do tema seleccionado para a discussão.

Desenvolvimento:

Nesta técnica, foi entregue a cada participante uma folha de papel e uma caneta, onde escreveram as três primeiras palavras que surgiram nas suas cabeças, quando visualizaram uma frase apresentada. A frase escolhida foi “A primeira mamada”. Depois de misturadas todas as folhas, pedimos para cada participante pegar numa folha e ler em voz alta. À medida que cada pessoa do grupo leu o seu papel, fez-se a listagem das palavras numa grande folha de papel. Foi pedido ao grupo para analisar a lista e descrever os sentimentos que a mesma transmitia.

- COMENTÁRIOS FINAIS

No final das duas técnicas o director fez os comentários finais.

4ª SESSÃO (dia 5 Maio 2006)

APRESENTAÇÃO TEÓRICA

No primeiro momento desta sessão apresentámos, em power-point, os conteúdos teóricos: Dor no Trabalho de Parto; Dúvidas e Dificuldades da Amamentação e Soluções.

Apresentamos em anexo o último conteúdo dado ser interessante para a tese (anexo XIII).

Apresentámos o filme da Chicco (5 minutos) sobre as dificuldades na amamentação e entregámos dois folhetos informativos (anexo XIV):

- *“As dúvidas mais frequentes”* do Ministério da Saúde – Ministério Regional de Saúde do Centro.
- *“Amamentação - como resolver pequenos problemas”* da Direcção Geral da Saúde – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.

PSICODRAMA:

- AQUECIMENTO

No segundo momento, introduzimos a música, calma e sem voz. Para além dos exercícios já realizados na sessão anterior, são introduzidos mais dois exercícios específicos da preparação para o parto: 2º e 3º Tipo de respiração.

- DRAMATIZAÇÃO

Na Dramatização, foram utilizados dois jogos psicodramáticos padronizados por Vitória Pamplona: Técnica Contração / Relaxamento e Sensação Dolorosa e Técnica Imagem da Amamentação.

“Técnica contracção, relaxamento e sensação dolorosa”

Objectivo:

- Trabalhar a noção de que a contracção muscular aumenta as sensações dolorosas e que o relaxamento as alivia.

Desenvolvimento:

Após pedida a colaboração de um elemento do grupo, foi marcado no braço direito um ponto mais ou menos quatro dedos abaixo do cotovelo. Foi pedido que mantivesse o braço relaxado e explicado que iria pressionar o ponto até ele mandar parar por sentir dor. Foi feita pressão no braço relaxado até o voluntário mandar parar. Repetido a mesma sequência no braço esquerdo bem contraído. Pedido ao voluntário para comparar as sensações no braço contraído e no relaxado. Depois foi pedido ao grupo para formar duplas e repetir a manobras. No final comentaram as sensações.

“Técnica Imagem da Amamentação”

Objectivos:

- Trabalhar o tema amamentação.
- Levantar o referencial do grupo.

Desenvolvimento:

Pedido ao grupo para caminhar pela sala e imaginar ou recordar uma cena de amamentação. De seguida, foi pedido ao grupo para se sentar, fechar os olhos e continuar a pensar na amamentação. Enquanto o grupo estava de olhos fechados, espalhámos várias imagens de recortes de revistas: relógio, poltrona, vaca, mulher com criança, corridas, jogos de futebol, competições desportivas, guerra, prisão, viagem, comidas, casais e bebidas.

O grupo abriu os olhos e cada grávida escolheu três imagens que, para ela, simbolizavam a amamentação. Depois foi pedido para explicarem a razão pela qual escolheram cada imagem. Foi dada a possibilidade de comentar as escolhas e as imagens dos outros elementos do grupo.

- COMENTÁRIOS FINAIS

Nos comentários finais, foram trabalhados os conteúdos surgidos a partir das associações, pelo director.

5ª SESSÃO (dia 12 Maio 2006)

APRESENTAÇÃO TEÓRICA

No primeiro momento desta sessão apresentámos, em power-point, os conteúdos teóricos: Relação Conjugal; Alimentação da Mãe que Amamenta; Extracção e Conservação do Leite Materno. Apresentamos em anexo os dois últimos conteúdos visto terem interesse para a tese (anexo XV).

Mostrámos algum material de puericultura (bomba extractora de leite, discos protectores, mamilos de silicone, puxa mamilos, conchas protectoras, sacos e reservatórios para conservação de leite e soutien de amamentação) e um filme para exemplificar a extracção manual e com bomba de leite. Simulámos o esvaziamento mamário e a conservação do leite

Apresentámos vários cremes e loções de hidratação e protecção para a pele durante a gravidez e oferecemos algumas amostras.

PSICODRAMA:

- AQUECIMENTO

No aquecimento, introduzimos a música, para além dos exercícios de relaxamento e momento de concentração já realizados nas sessões anteriores, é introduzido mais um exercício específico de preparação para o parto: Simular uma contracção.

Na dramatização, foi feita pelo director uma abordagem psicodramática dos conteúdos surgidos nas sessões anteriores. Constatou de duas dramatizações: “Dar a papa ao bebé” e “O parto do primeiro filho”.

“Dar a papa ao bebé”

Foi pedido a um dos elementos para fazer de mãe e outro elemento para fazer de filho. E dramatizassem uma refeição, da mãe a dar a papa ao bebé.

“O parto do primeiro filho”

Foi pedido ao elemento que tinha passado pela experiência do parto que contasse e o revivesse para o grupo (no duplo papel de parturiente e marido).

- COMENTÁRIOS FINAIS

Os comentários finais foram da responsabilidade do Director.

6ª SESSÃO (dia 19 Maio 2006)

APRESENTAÇÃO TEÓRICA

No primeiro momento desta sessão apresentámos, em power-point, os conteúdos teóricos: Cuidados ao Recém-nascido, Desmame e Voltar ao Trabalho – legislação. Apresentamos em anexo o último conteúdos visto ter interesse para a tese (anexo XVI).

Demonstrámos a técnica do banho ao recém-nascido e como mudar a fralda ao bebé. Utilizámos todo o material de puericultura necessário (boneco “João”, banheira, muda fraldas para bebé, fraldas, toalhetes e outros produtos de higiene).

Entregámos dois folhetos informativos (anexo XVII) e cedidos os contactos telefónicos dos números de telefone das linhas de apoio (Saúde 24 horas de Pediatria e SOS Amamentação).

PSICODRAMA:

- AQUECIMENTO

No aquecimento, introduzimos a música e exercícios (momento de concentração, básculas, esquema de erros, 3 tipos de respiração e simular uma contracção) anteriormente descritos e os exercícios específicos de preparação para o parto: período expulsivo e teste de controle.

- DRAMATIZAÇÃO

Na dramatização, foi utilizada uma técnica psicodramática: Técnica Pós-parto: necessidade do homem, da mulher e da criança.

“Técnica Pós-parto: necessidade do homem, da mulher e da criança”

Objectivo:

- Trabalhar as ideias do grupo sobre o pós-parto.

Desenvolvimento:

Foi dado ao grupo uma folha de papel, pedido que, em conjunto, dividissem a folha em três partes e escrevessem, respectivamente em cada parte, as necessidades do

homem, da mulher e da criança no pós-parto. No final, promovida a discussão dos temas surgidos. Os comentários finais foram da responsabilidade do director.

- COMENTÁRIOS FINAIS

Os comentários finais foram da responsabilidade do Director.

3-ESTUDO DE CASO

No estudo de caso fazemos a apresentação e dados anamnésicos dos sujeitos em estudo (grupo), a análise de conteúdo e caracterização das sessões.

3.1- APRESENTAÇÃO E DADOS ANAMNÉSICOS DOS SUJEITOS EM ESTUDO (GRUPO)

Os dados referentes aos sujeitos aqui apresentados foram obtidos através de uma entrevista inicial. Se bem que nem todos possam ser pertinentes para o nosso estudo, dado o carácter exploratório do mesmo, foram registados pois poderiam adquirir relevância posterior.

O grupo que é objecto desta investigação é constituído por quatro grávidas, com nível sócio económico semelhante mas heterogéneo quanto à profissão e ao motivo que as levou a participar no programa. Os nomes foram modificados de forma a respeitar o sigilo.

A Rita tem 33 anos de idade, solteira, professora, Gesta I Para O e com 33 semanas de gestação. Mulher de aparência cuidada, de rosto vivo e olhar nervoso, estatura mediana. Activa no plano social, procurou o curso por sentir necessidade e dificuldades de relação íntima e de controlo na altura do parto.

Após o seu nascimento a mãe fez uma depressão pós-parto e não a amamentou por necessidade de tratamento com medicação psiquiátrica, a Rita foi criada com uma tia materna. A sua infância e adolescência foram marcadas pelas várias crises depressivas da mãe e com a necessidade de a ajudar nos tratamentos e recuperações, assim como auxiliar o pai, com quem tem uma relação mais próxima, a criar os dois irmãos.

Aos 25 anos, após a morte da tia materna e ruptura amorosa atribulada com namorado a viver na Inglaterra, refere depressão grave com necessidade de tratamento anti-depressivo prolongado.

Procurou o curso por sentir necessidade de se saber mais sobre o parto e pós-parto.

A Leonor tem 35 anos, casada, secretária, Gesta II Para O e com 28 semanas de gestação. Tem como antecedentes obstétricos um aborto espontâneo com 7 semanas, sem necessidade de curetagem. Antecedentes familiares de relevo: Pai com diabetes tipo II + HTA e Sobrinho com diabetes tipo I.

Mulher alta e encorpada, escolhe roupas práticas e desportivas. Assume ser uma pessoa prática, concisa e directa. Procurou o curso para descoberta e a convite da amiga Rita.

A Dora tem 37 anos, casada, trabalhadora-estudante (universitária), Gesta II Para I, mãe de uma menina de 5 anos. Mulher de aparência cuidada que se veste de modo sóbrio e discreto, emotiva e muito afectuosa, com gozo particular pela gravidez. O seu contacto é agradável e simpático.

Antecedentes familiares de mãe com parto difícil (dela) e com dificuldades na amamentação (mamilos fissurados e mastite). Participou no curso por sentir necessidade de se preparar psicologicamente para o parto.

A Susana tem 35 anos, casada, enfermeira, Gesta I Para O, e com idade gestacional de 33 semanas e 5 dias. Mulher com aparência sóbria e elegante, estatura mediana. Vive maritalmente com o companheiro. Refere ter uma vida profissional muito activa com poucos momentos de lazer. Com o marido parece ter uma relação de cumplicidade e de partilha.

Mostra-se reservada. Participou no curso a convite de uma amiga.

3.2- ANÁLISE DE CONTEÚDO E CARACTERIZAÇÃO DAS SESSÕES

Iremos abordar sessão por sessão e cada uma constará de duas partes: primeira de formação com apresentação dos conteúdos teóricos; segunda o psicodrama que

incluiu o aquecimento inespecífico (exercícios), o aquecimento específico (verbalização de angústias e medos), a dramatização onde se utilizaram diversas técnicas psicodramáticas e os comentários finais do director.

Contudo optámos, por motivos de clareza expositiva iniciar a descrição das sessões com a apresentação da análise de conteúdo de acordo com as técnicas de análise de conteúdo de Laurence Bardin, os quadros apresentamos em anexo (anexo XVIII).

Na análise conteúdo tivemos em atenção as três etapas do processo:

- Pré-análise (colheita e organização do material a ser analisado)
- Descrição analítica (estudo aprofundado do material, orientado pelo referencial teórico. A construção de categorias foi feita de acordo com as questões de investigação e os objectivos do nosso estudo. As unidades de registos foram escolhidas por tema - unidade de significação ou conteúdo – e libertaram-se naturalmente do texto. Os resultados obtidos, a confrontação sistemática com o material e o tipo de inferências alcançadas, serviram de base à análise dos dois tempos de cada sessão. Das análises de frequência das categorias surgiram os quadros de referência).
- Interpretação inferencial (com os quadros de referência, os conteúdos - manifesto e latente - são revelados em função dos propósitos do estudo.

SESSÃO Nº1

Na sessão de apresentação não houve espaço para a abordagem psicodramática. As participantes pareciam expectantes relativamente ao curso com uma tonalidade algo ansiosa. Praticamente não falaram e apresentaram-se muito fechadas e tensas.

SESSÃO Nº2

FORMAÇÃO TEÓRICA

Na apresentação dos conteúdos teóricos (anatomia da mulher, anatomia do trabalho de parto, anatomia da mama e fisiologia da lactação), o grupo de grávidas esteve atento mas revelaram especial interesse pela fisiologia da lactação e ficaram bastante impressionadas com as imagens da anatomia do trabalho de parto. Aparentemente muito tímidas, tensas e expectantes, não colocaram questões.

Após o término da fase de formação, iniciámos a sessão psicodramática.

PSICODRAMA:

- AQUECIMENTO

Aquecimento inespecífico

O aquecimento inespecífico constou dos exercícios de relaxamento e concentração acompanhados com música, já anteriormente referidos.

A Susana e a Dora sentiram-se confortáveis com o relaxamento mas a Leonor e a Rita apresentaram dificuldades em posicionarem-se, pelo que tivemos necessidade de ajustar a posição corporal. Permitimos que cada grávida optasse pela posição mais confortável, que foi aceite com agrado.

A música revelou-se fundamental para o relaxamento e referenciada pelas grávidas como muito agradável.

Aquecimento específico

No aquecimento específico, as participantes verbalizaram angústias medos e questões. Os temas que emergiram desde muito cedo foram as angústias e medos de complicações durante o parto e amamentação, assim como queixas somáticas em geral. Os conteúdos das intervenções estavam centrados nos aspectos orgânicos. A par dos temas somáticos também dominaram os temas de abandono.

De facto, por exemplo a Dora expressou as dificuldades do seu próprio nascimento (trabalho de parto de muitas horas e parto muito doloroso e complicado) e de como foi difícil a amamentação da sua mãe. Entretanto e por ser gesta II referiu relativamente à 1ª filha e referindo-se à amamentação descreve que decorreu sem qualquer dificuldade ou complicação e que se prolongou até aos 6 meses.

Salienta ainda, quão agradável é o acto de amamentar e o sentido de pertença muito forte que existe entre mãe e filho *“foi a coisa que mais senti falta. Quando deixam de mamar é complicado, porque é muito forte... Eu costumo dizer que é o único momento em que ela é minha e eu sou dela... Mas aquele momento era só eu e ela e era muito importante”*.

A Dora ao descrever a sua amamentação, relembra a relação de mutualidade que existe entre mãe e filho, de acordo com Matos (2002), em que cada um dos elementos do par dá e retira prazer, se formam os primórdios da necessidade e do desejo que todo

o indivíduo tem de domínio, controlo e manipulação do objecto (pessoa) do seu afecto, por um lado, e de independência, auto-suficiência e segurança em si próprio, por outro. Da capacidade “instintiva” de a mãe de compreender os sinais que o bebé emite e de lhe dar a resposta apropriada depende todo o equilíbrio estruturante e toda a força dinamizadora do processo de desenvolvimento mental.

A Dora refere-se ao desmame “ *Uma noite em que cheguei a casa para dar de mamar ela recusou. Nem nunca mais procurou. Achei interessante, ela não teve essa necessidade*”.

Depois da separação pelo parto, é o próximo grande passo da separação, que tem grande influência na formação da confiança básica entre mãe e filho mas ao funcionarem harmonicamente como par, corroborando com Matos (2005), processou-se um desenvolvimento salutar para uma independência progressiva da criança; ao ser acariciada, transportada, abraçada, embalada, beijada, aprendeu a amar os outros, e uma vez, sentindo-se compreendida e amada, aprendeu a amar-se e a considerar-se a si própria, o que a psicanálise considera um sadio narcisismo.

Contrariamente ao que acontece, e tendo por base Lothrop (2002), quando na amamentação, uma parte usa, ou se sente usada pela outra. Algumas mães não conseguem separar-se da simbiose com o filho, tornando-se uma competição que recai sobre a criança. E conseqüentemente travam o desenvolvimento infantil, reprimem a expansão da sua força de viver.

Mais tarde a Dora refere também a angústia que sentiu pelo tamanho do peito “*tinha o peito muito pequenino. E eu achava que aquilo não ia dar nada. E no entanto deu*”. Esta angústia remete-nos para um dos grandes mitos, que revela de acordo com a OMS e UNICEF a falta de informação generalizada do conhecimento do processo fisiológico da lactação e que a maioria das mães desconhecem que podem amamentar e produzir leite suficiente para alimentar o seu filho (Venâncio et al, 2002 e Bueno et al, 2003). Esta falta de informação gerou na Dora, primípara, insegurança, medo de não ter leite suficiente.

A Rita refere não ter sido amamentada “*a minha mãe não teve leite nos três filhos... Mas eu quero mas não sei se vou conseguir. Eu quero mas...*” coloca ênfase nos aspectos somáticos e mostrou logo receio de dores físicas “ *Estou preocupada porque tenho sempre aquele receio de...sei lá...a minha irmã sangrou muito com o peito. Passou de um peito 36 para 42. Eu lembro-me de a ver a chorar e a dar de mamar. E o meu peito cresceu bastante, como cresceu, tenho medo que isto entupa de*

alguma forma, e eu ainda fico para aqui... muitas vezes quando vou para o banho eu sempre olho para ver se sai alguma coisa, mas não. O médico disse para eu não tocar. Ele disse que não há problema, pois o stress não é aconselhável”.

Amamentar é, também corroborando com Lothrop (2000), sem dúvida, uma experiência erótica, e a entrega mútua é desejada pela natureza. O contacto corporal é um tabu. O contacto e a proximidade despertam o medo em algumas pessoas. Não é por acaso que a amamentação nos traz recordações de como fomos (ou não) amamentados; dessa época podem existir sentimentos, inconscientes e talvez muito dolorosos, que agora emergem novamente, sem que saibamos exactamente de onde e porquê.

Langer de acordo com Pamplona (2005) acredita que razões inconscientes levam ao impedimento do desenvolvimento normal da amamentação, sendo os mais frequentes os transtornos causados na mulher pela rejeição da maternidade, pelo seu desejo de permanecer numa atitude receptiva e infantil, e os que têm origem nas tendências agressivas infantis dirigidas à própria mãe. Considera que ambos os casos têm como base a insatisfação oral destas mulheres, que se negam inconscientemente a dar à criança o que elas não receberam. Identificando-se com a mãe frustradora, tratando a criança como se sentiram tratadas na sua primeira infância.

No entanto, tendo em conta vários autores como Ozone et al (2002), Mahgoub (2002), McLeod, Pullon e Cookson (2002), Vogel (2003) e Galvão (2006) afirmam a importância da motivação das mães e o acreditar que amamentar são muito importantes para o sucesso da amamentação.

A Susana manifestou medo de não conseguir amamentar “ *Eu não tenho colostro. Espontâneo nunca saiu, mas estimulado... tenho medo de não amamentar, não poder ou de não conseguir”.*

O medo de não conseguir amamentar é muitas vezes o reflexo da falta do “meio aleitante” das nossas sociedades. De acordo com Levy e Bértolo (2002) e Pereira (2006), a amamentação era uma experiência, proporcionada pelas famílias alargadas em que várias gerações cohabitavam, existindo uma transmissão de saberes e práticas tradicionais favoráveis ao aleitamento materno.

Este tipo de alegação verbalizado pela Susana e também por muitas outras mulheres, está impregnado de um pedido de ajuda latente frente as dificuldades vividas no decorrer da amamentação (no social), às quais elas não conseguem ou não sabem como se comportar.

- DRAMATIZAÇÃO

Na fase de dramatização e dados os conteúdos que emergiram durante o aquecimento. Pareceu ao director do psicodrama conveniente utilizar os jogos que tinham sido previstos no programa nomeadamente: técnica cenas da amamentação, descrita anteriormente.

Assim a Dora ao descrever a amamentação aborda a questão da presença de terceiros, que nós iremos ver que foi um tema que se repetiu muito ao longo das sessões. Começou por colocar muita gente no cenário imaginário e que depois se reduziu para a filha e o marido em contraste com esta presença dos outros focaliza a sua atenção para um olhar imaginário e da importância que se fará no futuro. Como já teve essa experiência, reenvia muito para a experiência anterior, como que repete. Coloca as coisas no plano dos afectos, fala em prazer da relação e fala do outro *“fixava-me muito. Ela estava deitada no meu colo. E a olhar para mim. Eu vejo sempre a olhar para mim...Eu acho que fiz um bocadinho a ligação com a minha filha. Não era o peito, era mesmo os meus olhos... Havia uma química... e eu acho que se prolonga para toda a vida ”*.

A Dora fala-nos do momento privilegiado da amamentação, salientado por Sá (2006), que o bebé tem de comunhão com a mãe, em que a mãe e o filho podem ler-se, um ao outro, olhos nos olhos e sentir-se mais fundo um no outro. E que a Dora acha que se prolonga para toda a vida, dando significado à importância desse “bailado” (cria e adensa os vínculos que perduram para sempre).

Falou também nos sentimentos agradáveis de orgulho, carinho e prazer *“senti orgulho, carinho, prazer e uma satisfação incrível. Uma relação muito próxima e familiar. Uma partilha. Havia ali uma partilha. Acho que foi tudo muito bom”*.

A Dora ao descrever a cena da amamentação salienta-nos a relação de amor com o filho. Corroborando com Lourenço (2005), este amor é sexual, pois traduz interesse, cuidado, responsabilidade, atenção e preocupação com as necessidades materiais e psíquicas do filho.

A Leonor por seu lado explica que a dificuldade que tem em dedicar-se a estes exercícios imaginários, de resto, assume ser uma pessoa prática, concisa, directa e pouco dada às rêveries, apresentando sempre dificuldade em relaxar, assumindo uma postura tensa.

A Rita também parece partilhar estas dificuldades da Leonor, dificuldade em perder o controle da situação *“devem ter reparado que eu abri os olhos a meio e fiquei a olhar para os meus joelhos. Mas eu vi de olhos abertos, consegui imaginar e sei perfeitamente. Eu tenho alguma dificuldade de fechar os olhos, porque quanto mais me dizem para fechar os olhos e relaxe, às vezes faz o efeito contrário...eu sei que se ficar de olhos abertos eu sei que sou capaz de ver exactamente a mesma coisa”*.

A Rita parece reenviar para a noção de carência qualitativa e quantitativa na relação com a mãe, *de acordo com M. Soulé e K. Lauzanne citados por Farate (2001)*.

É importante relembrar, segundo Lourenço (2005), que uma mãe com graves problemas na relação com o objecto materno revela um profundo sentimento de desistência face ao outro (face ao bebé) e a fragilidade do seu *self* poderá fazer com que se projecte esta experiência na relação com o bebé.

A Rita apresenta o “pai ausente” este é um tema que irá marcar o decurso da gravidez *“Eu imaginei com o pai ao lado. O pai é muito ausente. E deve ter sido por isso que eu criei esta imagem. Como o pai está sempre a trabalhar e só vem à noite, é uma situação que tem de mudar”*.

Associadas também surgem queixas somáticas: a insónia *“Tenho, um grave problema de insónias que eu ganhei a partir do 3º mês. Tive de deixar de trabalhar muito cedo... E eu acho que isso desencadeou em mim um processo de receios e medos, de ansiedades. Depois juntamente com o facto de estar sem trabalhar...Eu fiz directas. Não é nada aconselhável uma pessoa passar dois ou três noites de olho aberto. Eu não tinha sono nenhum e depois também não sentia aquele cansaço...”* e comportamentos bulímicos *“O que eu sentia era mais vontade de comer. Enquanto eu estivesse a comer ou a trincar alguma coisa eu estava óptima...tinha uma fome voraz”*.

Parece-nos importante relembrar Silva (2001) quando refere que as atitudes e reacções da progenitora ou progenitores, no tempo presente, relacionar-se-ão de perto com a sua experiência passada, tanto na realidade como na fantasia. De tal modo, a gravidez mobiliza, rápida e naturalmente, as partes infantis dos futuros pais, onde cada qual poderá, por vezes, sentir necessidades tão imperativas e irresistíveis quanto as de um bebé recém-nascido. Podem irromper de súbito sentimentos de insegurança, ansiedades irracionais ou estranhos acessos de medo ou dependência. A manutenção dos sentimentos dos pais dentro de limites realistas depende da qualidade de cuidados emocionais a que eles possam recorrer, tanto nas figuras parentais que ambos guardam

nos seus corações e mentes “pais internos”, como nas relações que mantêm um com o outro e com as suas famílias.

As possíveis reacções do companheiro podem ser prevenidas se ambos, do ponto de vista de Lothrop (2000), já durante a gravidez, se ocuparem do tema e falarem abertamente sobre sentimentos e medos, sobretudo quando há harmonia da relação conjugal. Se o homem está tão bem informado como a mulher e a apoia inteiramente, poderá ser mais eficaz. Então, ele estará apto a encorajá-la e fortalecê-la, quando observações críticas a deixarem deprimida.

Por outro lado, se o marido se opõe à amamentação desde o seu início, pode ser sintoma de conflito reprimido, ela está predestinada ao fracasso. Mesmo não demonstrando os seus sentimentos à mulher, ela sentirá a sua recusa pessoal. Conflitos deste género podem ser tão prejudiciais à lactação, que a amamentação, sob todos os pontos de vista, se torne um problema (Lothrop, 2000).

Quando abordada sobre alguma dificuldade na cena da amamentação refere nomeadamente a fantasia que a criança pode bolçar e engasgar-se e ficar sem respirar que lhe causa bastante angústia *“principalmente no bolçar. Não é do bolçar é de se engasgar. Isso a mim faz-me um bocado de confusão... Tenho lido bastante... que é para não haver problemas. Isso é uma coisa que me preocupa. Tenho medo de me atrapalhar e ele ficar demasiado tempo sem respirar”*. Remete para a experiência dos sobrinhos *“ porque os meus sobrinhos foi muito traumático, porque tive de os virar ao contrário e...sozinha... a pessoa receia... Pânico horrível. Naquela fase a gente consegue fazer montes de coisas... Depois é um alívio muito grande”*

A Susana na cena imaginada faz apelo à importância do companheiro e da relação de cumplicidade com ele. *“Eu estava no meu quarto. Sentada na cama, com o pai, só. A dar de mamar deitado... Uma sensação de partilha, amor, cumplicidade, porque só os três juntos é que poderíamos conseguir aquele momento... O pai é extremamente carinhoso”*. Referiu também como queixas somáticas quando é abordada se havia alguma coisa menos bem na cena *“As dores nas costas. Pela posição do bebé, na cena eu não estava encostada, tinha uma almofada, de baixo do bebé mas nas costas não tinha. Supostamente se eu tivesse encostada, estava mais confortável, e não teria tanta dor”*.

- COMENTÁRIOS FINAIS

Nos comentários finais, o director salientou o facto de muita gente ter queixas somáticas importantes e o desconforto que causam. A necessidade de apoio social, ideia que foi reforçada. Falou no positivo que é associar o momento da mamada a um momento de prazer e de intimidade.

Pareceu que algumas pessoas expressaram o sentimento de inadequação física (tamanho do peito) ou de incapacidade física ao acto de amamentar. Estes sentimentos podem muitas vezes interferir negativamente na amamentação. Na medida em que é importante que a amamentação seja um acto prazenteiro para que corra bem.

Análise global da sessão:

Nos primeiros momentos da sessão, prevaleceram as características do contexto social com as suas normas, vínculos e relações, que gradualmente, se foram substituindo pelo contexto grupal.

O aquecimento inespecífico adoptado foi muito importante e pareceu-nos muito adequado porque conseguiu: centralizar a atenção do auditório; facilitar a interacção grupal; diminuir os estados de tensão e pôr o grupo a funcionar como tal.

Apesar do ambiente de alguma retracção relativamente à sessão, desde muito cedo alguns elementos do grupo sentiram a necessidade de exteriorizar os seus problemas. Mostraram bastante interesse. Utilizando uma terminologia Bioniana o grupo apresentou-se como um grupo de trabalho. Todos os elementos davam ou pareciam “dar um ar competente”.

A Susana esteve muito calma e contida, o seu discurso revelou-se sempre organizado e coerente. No grupo apresentou a sua opinião apenas quando solicitada mas sem se expor. Esteve receptiva aos exercícios propostos. Algo céptica demonstrando alguma dificuldade nas cenas imaginadas.

A Rita adoptou uma atitude mais aberta e extrovertida, contou muitos aspectos da sua vida pessoal, não se inibindo com a presença das outras gestantes. Foi quem mais verbalizou os problemas pessoais, interrompendo com frequência as outras, revelando grande tensão e ansiedade. Revelou angústias de abandono e solidão pela quase permanente ausência do companheiro e contínuas queixas somáticas na gravidez. Em particular a ligação pouco efectiva e quase ausente com o companheiro por quem nutre

uma ambivalência pouco mentalizada, acrescida pelo relacionamento algo conflituoso com a mãe.

A Leonor manteve uma postura descontraída, relaxada e despreocupada. Verbalizou sempre sem interromper. Mostrou-se fria e distante em relação às outras participantes e pouco afectuosa quando descreveu as cenas imaginadas com o bebé.

A Dora esteve muito risonha e brincalhona. Foi sempre a primeira a intervir e assumiu sempre o papel de porta-voz do grupo. Muito receptiva aos exercícios propostos. Comentou facilmente a opinião das outras, sempre muito carinhosa. Revelou ser muito afectuosa nas cenas imaginadas como bebé. Descontraída em relação à gravidez e ansiosa relativamente ao parto. A amamentação um momento de grande cumplicidade e prazer.

Relativamente à totalidade da sessão de formação, o tempo foi escasso para tudo o que estava planeado. Pelo que se sentiu necessidade de abreviar nas sessões futuras os passos.

Apesar do jogo ser adequado para o aquecimento, pensamos que se poderia ter encontrado um jogo que se centrasse na angústia de separação (ausência e presença de terceiros) e na angústia de morte.

Salientamos como matriz grupal que todas referem necessidade de apoio social. Principalmente Dora (necessidade de estar com muita gente à volta) e a Rita (abandono do parceiro). Emergiram como é próprio do grupo as ansiedades: queixas somáticas actuais e anteriores. Contaram e centraram-se muito no passado, nomeadamente a Dora.

Esta sessão foi muito participada mas houve pouco espaço para verbalizarem espontaneamente. Demo-nos conta que interrompemos demasiado e na 3ª sessão tentámos corrigir.

SESSÃO Nº 3

FORMAÇÃO TEÓRICA

A sessão começou com a apresentação dos conteúdos teóricos: Sinais de Alarme e Sinais do Início do Trabalho de Parto, Mala para a Maternidade, as Vantagens da Amamentação e as Fantasias e medos da amamentação, anteriormente descritos e

apresentados em anexos. Após o término da fase de formação, iniciámos a sessão psicodramática.

PSICODRAMA:

- AQUECIMENTO

Aquecimento inespecífico

No aquecimento inespecífico introduzimos a música e exercícios de relaxamento, concentração e esquema de erros.

As participantes estiveram muito mais receptivas e colaborantes, já comunicavam muito entre elas e inter ajudavam-se na execução dos exercícios. Apresentaram mais curiosidade e interesse nas vantagens da amamentação e alguma dificuldade na desmistificação de algumas fantasias da lactação.

Adoptaram posições diferentes de acordo com as suas necessidades. A Rita e a Leonor desconcentraram-se no exercício esquema de erros, havendo necessidade de intervir para explicar a importância do exercício.

Logo no início da sessão a Leonor irritada e indignada refere que *“o médico na consulta espremeu-me as mamas com muita força e foi horrível. Desde esse dia não lhes mexo, nem as posso tocar. Estou muito revoltada com o que se passou!”*.

Aquecimento específico

Como na 2ª sessão no aquecimento específico voltaram a emergir muitas fantasias, mitos e medos da amamentação, tais como: medo de não ter leite; não ser bom ou suficiente para o bebé e o medo de não conseguir amamentar.

- DRAMATIZAÇÃO

Na dramatização, pareceu ao director adequado utilizar os jogos que tinham sido previstos no programa: técnica da associação livre de palavras e técnica da estátua, descritas anteriormente.

Na técnica da associação livre com palavras foram solicitadas três palavras, a cada grávida, que resumissem a amamentação. Surgiram, as palavras: satisfação,

admiração, felicidade, amor, alívio, “amor está na hora da papa”, aceitação, carinho e alívio. Foi solicitado para comentarem as suas palavras e as do grupo:

A Dora repete a ideia de amamentação como uma sensação prazerosa e de cumplicidade *“É uma fonte de prazer, satisfação e realização... é uma entrega, por isso o prazer é um recebimento. Uma partilha de prazer. Só por muito amor é que fazemos estes bebés e principalmente amamentamos. Depois tenho a felicidade, porque acho que é uma felicidade partilhar estes momentos, únicos que mais ninguém vai fazer. Felicidade que toda a gente ambiciona”*.

Também a Leonor, contrariamente à sessão anterior, mostrou-se relacional *“a admiração de estar a ver o bebé, o seu olhar e o seu crescimento”*.

A Rita resume na frase “Amor está na hora da papa” e relativamente às outras palavras salienta a felicidade, amor e o prazer, de viver um momento único que cada uma vai viver à sua maneira *“ Vou estar ansiosa e felicíssima de poder concretizar uma coisa que sempre quis”*.

A Susana na sua rêverie (ou cena imaginada) verbaliza o fantasma de não conseguir amamentar e expressa como um alívio *“O alívio é o eu conseguir amamentar o meu filho. O alívio misturado com outras sensações. Consegui. Aquela sensação”*.

- COMENTÁRIOS FINAIS

Nos comentários finais, o director lembrou que algumas grávidas centraram-se mais no corpo e outras centraram-se mais nos outros e que seria interessante pensar na amamentação como um acto social e de partilha.

A amamentação é um acto de comunicação, de partilha e de realização que geralmente para as mulheres é fonte de grande frustração não conseguir amamentar. Pelo que se percebe quanto maior o risco, menores são as possibilidades de comunicar de forma adequada e maiores são os riscos de insucesso na amamentação. Seja como for amamentar não deve ser tomado como uma tarefa que vai ser avaliado por alguém mas como um acto de prazer.

Análise global da sessão:

Os elementos do grupo trouxeram, fizeram relatos de factos e ocorrências do meio social, com as suas perspectivas particulares:

- A Susana esteve mais espontânea, expondo alguns medos e fantasmas na cena imaginada.

Emergiu o medo de não conseguir (impotência/incompetência ou insuficiência) e o alívio por conseguir na cena imaginada.

Relativamente às interações bebê-mãe e especificamente aos comportamentos dos bebês, Soifer mencionada por Pamplona (2006) salienta que os bebês sonolentos, que mamam e adormecem de imediato ou que adormecem à mama, provocando grande frustração. A sensação, neste caso, é de ser rejeitada, de que a mama que se oferece é desprezada e considerada inútil. Do mesmo modo, se a mãe consegue entender a situação e tolerá-la, a lactação vai-se desenvolver sem inconvenientes, entre uma mãe paciente e um recém-nascido que lentamente aprende a despertar-se e mamar. Em caso contrário, instalar-se-á o círculo vicioso com a mãe angustiada que, ou se afasta, deixando que o bebê continue retraído, ou o força a despertar, obtendo a resposta de rejeição expressa pelo choro e posterior sonolência, seguida de rejeição materna.

Segundo a OMS/UNICEF a maioria das mães desconhecem que podem amamentar e produzir leite suficiente para alimentar o seu filho. Esta falta de informação gera na lactante, sobretudo na primípara, insegurança, medo de não ter leite suficiente, de não estar a fazer bem, impedindo de imediato a amamentação quando surge um pequeno problema (Venâncio et al, 2002 e Bueno et al, 2003).

- A Dora revelou a sua preocupação com a filha (aceitação do bebê). Esta é uma preocupação habitual, os filhos maiores e as suas manifestações de ciúmes, agressivas ou depressivas. Tendo em conta Pamplona (2005), de vez em quando, acontece irmãos mais velhos, regridem a comportamentos bem infantis já ultrapassados, como o de quererem mamar ou a enurese. Enquanto a criança não supera a sua dor em relação ao novo rival.

Lothrop (2000) salienta que esses sentimentos contraditórios são normais, por isso, quanto mais serenos e bem-humorados pudermos abordar as necessidades que actuam de maneira tão violenta nas nossas crianças, quanto mais levarmos a sério a sua dor, sem a lamentarmos, tanto mais rapidamente reencontrarão a sua antiga autoconfiança e equilíbrio emocional, menos ela se sentirá excluída e menos ciúmes terá. Normalmente, a criança supera assim que domina a sua dor em relação ao novo rival.

- A Rita com a preocupação com a satisfação de um desejo anterior. Muito bem descrito por Langer de acordo com Pamplona (2005) *“a persistência dos próprios desejos orais pode facilitar a amamentação se a mãe consegue identificar-se com o lactente e superar as frustrações sofridas. Uma forte fixação oral à mãe, gerando o desejo*

passivo de mamar, pode satisfazer-se na identificação com o lactente. Pode também haver o desejo activo de amamentar pela identificação simultânea com uma mãe ideal que alimenta bem. A mulher não consegue satisfazer desejos infantis frustrados e dar ao filho o que não teve. Estas mulheres podem encontrar uma enorme dificuldade em desmamar. A mulher pode contudo, fracassar nesta identificação se o mamar reteve, ou adquiriu para ela, um carácter erótico, homossexual e incestuoso”(p. 170).

- A Leonor os receios do bebé pela sua fragilidade (tão pequeno e com necessidade de tantos cuidados).

Pensamos que na sessão, a estátua revelou ser um jogo muito rico do ponto de vista dos conteúdos fantasmáticos e especialmente adaptado.

A ressonância afectiva, ao mesmo tempo imprimiu um sentido de apoio ao protagonista, ajudou-o a perceber que, na realidade, problemas semelhantes ocorrem aos outros. Assim, o material trabalhado foi elaborado no contexto grupal, e os restantes membros do grupo, ao participarem e ao serem envolvidos no processo, beneficiaram da referida elaboração que cada um transportou para o respectivo contexto social.

Como Matriz grupal surgiu a transição entre o fantasma e o objecto. Os elementos mais objectais e mais maduros estão mais preocupados com o bebé, outros com o parto e os menos objectais com os familiares.

A mamada reenviou para uma relação objectal, não tanto o Eu mas o outro. Foi importante para nós seguirmos a evolução da passagem de fantasmas corporais, internos para o relacional da 1ª mamada.

Salientamos a admiração normal do grupo relativo as técnicas psicodramáticas e aceitação que se revelou muito importante nos primeiros contactos.

O tempo dispendido na formação foi menor e tivemos mais tempo para o psicodrama.

SESSÃO Nº 4

FORMAÇÃO TEÓRICA

Na apresentação dos conteúdos teóricos: dor no trabalho de parto, dúvidas e dificuldades da Amamentação e Soluções, apresentadas em anexos. O grupo revelou estar muito preocupado com a dor nos mamilos. Foi uma formação muito participada

em que todas quiseram ver e manipular o material de apoio à amamentação disponível. Estiveram receptivas e interessadas em saber solucionar os problemas da amamentação.

Terminada a formação prosseguimos com a sessão psicodramática.

PSICODRAMA:

- AQUECIMENTO

Aquecimento inespecífico

No aquecimento inespecífico, introduzimos a música e os exercícios respiratórios, anteriormente descritas. Mantivemos a possibilidade de escolher a posição mais confortável e adequada.

Aquecimento específico

No aquecimento específico, emergiu o medo de incapacidade e incompetência na amamentação devido a mamilos mal formados (mamilos invertidos) e a ansiedade de não ter leite.

- DRAMATIZAÇÃO

Na dramatização e especificamente na técnica imagem da amamentação, após ser pedido para escolherem três recortes de revista que sugeriam a amamentação. Não foram escolhidos os recortes: relógios, animais, corridas, jogos de futebol, competições desportivas, guerra e prisão.

A Dora escolheu as imagens:

- Uma mulher com vários filhos e comentou “*Eu fiz a analogia entre a minha 1ª amamentação... E depois achei que já chegava de pensar sempre nela e comecei a fazer uma identificação com o bebé de hoje, com o bebé que trago... Eu gostava de ter uma prole enorme como esta*”.

- Uma mulher com uma criança ao colo e referiu “*Esta simboliza bem o carinho, aquele afecto, aqueles momentos só nossos que eu acho que existe muito na amamentação*”.

- Paisagem paradisíaca remete para “*Esta aqui associei ao prazer. Este sonho...Eu acho que naquele momento estamos num sonho, uma coisa muito boa, uma situação muito feliz, de relaxe, de calma e de descontração*”.

A Dora apesar de tudo iniciou uma temática de abertura ao outro (ao 3º) esquecer os antigos amores e abre-se a outro amor. A amamentação surge como um espaço potencial a uma nova relação. Ali na amamentação são criados novos vínculos ao novo e ao diferente, à nova relação, corroborando com Sá (2006). A expansão do mundo relacional e a novos afectos, um componente onírico, um apelo à componente onírica. Sonhar acordado (uma rêverie) ao momento da amamentação. Rêverie no espaço transaccional ter oportunidade para sonhar, criar e alucinar. Winnicott, um componente mais positivo da amamentação. No seio da relação está um pouco a sonhar e a abrir novos mundos.

Esta experiência de prestação de cuidados por parte da mãe permite, segundo Winnicott lembrado por Lourenço (2005), ao bebé o desenvolvimento de um verdadeiro self e não num falso-self.

Ainda de acordo com Dias (2005) *“O dual track e a neotonia primária do recém-nascido permitem que o bebé desenvolva competências muito elevadas, do ponto de vista neuronal, que lhe permitem o estabelecimento do imprinting, do attachment e a activação dos pressupostos básicos”*.

A Rita refere ainda que *“Eu tenho de ter sempre muita gente. Estar sozinha, para mim é complicado. Tenho de ter sempre muita gente à minha volta”*. Remete para o medo da solidão e a necessidade do apoio social.

Esta verbalização parece-nos revelar o quanto é importante avaliar o sistema de suporte (familiares e amigos), e como percebem o aleitamento materno, pois eles poderão ser uma grande influência para a incidência e o sucesso da amamentação (Tamez, 2005).

A Leonor escolheu os recortes:

- Casal famoso internacional após visualizar melhor *“ pensava que isto (aponta para o homem) era uma criança. Os óculos deviam estar na cara!”*
- Casal sorridente a andar num carro descapotável *“escolhi esta pelo ar de felicidade das pessoas em questão, porque acho que deve ser um momento bastante feliz e também porque representa aquela sensação no após amamentar, uma situação calma e satisfeita”*.
- Mesa de frutas *“escolhi esta porque amamentar é alimentar”*.

A Leonor falou do bem estar da satisfação afectiva. Remete para a essência da vida (dar e receber amor), como sabemos está na partilha. Revela aqui um bom indício de saúde mental.

A experiência qualitativa e afectiva da relação precoce é fundamental para a evolução do ser humano. De acordo com Lourenço (2005), a patologia surge como forma da expressão muda do afecto, do não aprender com a experiência emocional, do não envolvimento com o vivo. Só no amor entre dois seres humanos, o Homem tem a possibilidade de se representar e de se apresentar com a possibilidade de gerar frutos e desafios para novos funcionamentos mentais, novas criações, novas mudanças que lhe possibilitam reinventar e repensar as suas origens.

Deutsch acredita que *“o aleitamento ajuda tanto o bebé quanto a mãe o superarem o trauma da separação repentina, que é vivido com o parto”* (Pamplona, 2005, p. 167).

Também para Sá (2006) a amamentação é muito importante, de um ponto de vista relacional, para os bebés porque é um momento privilegiado de comunhão com a mãe, em que a mãe e o filho podem ler-se, um ao outro, olhos nos olhos e sentir-se mais fundo um no outro. E é desse “bailado” que se criam e adensam os vínculos que perduram para sempre.

A Rita escolheu os recortes:

- Garrafa de água: *“ as minhas imagens não contêm pessoas, mas sim sensações. Escolhi esta porque acho que vou ter muita sede”*
- Sofá: *“escolhi o sofá, porque o meu sofá também é assim grandito. E este tem muita luz e estou a imaginar-me aqui perfeitamente sentada. Estou muito feliz nestas circunstâncias, no sofá a amamentar”*.
- Morangos: *“escolhi porque é a minha fruta favorita. Estou ansiosa por poder comer!”*

A Rita evocou a própria amamentação dela. Como eventualmente liga e projecta na criança as suas necessidades infantis (água). Rejeita-se à componente relacional. A situação da amamentação reactivou os desejos orais dela (morangos e água). Centrou-se nela e na sua insatisfação oral. A sua amamentação terá sido insatisfatória, devido a uma falta e projecta na amamentação do filho.

Farate (2001) refere que *“A insuficiência quantitativa ou qualitativa da interacção precoce mãe-criança, observada em mais de metade das situações, favorece o aparecimento de comportamentos de vinculação desorganizados (do tipo inseguro-ansioso ou inseguro-evitante) e de defeitos na capacidade de elaboração simbólica”* (p.64). Dias (2005) reafirma: *“O sujeito repete, durante a sua vida, aquilo que ele próprio reprimiu”* (p. 36).

Toda a falha importante de ajustamento relacional no meio precoce da criança pode contribuir para as “patologias dos limites”. M. Soulé e K. Lauzanne citados por Farate (2001) associam então: “ *a noção de carência a uma falta quantitativa na interação mãe-bebé; a noção de separação a uma situação de separação prolongada da criança em relação à mãe ou à família (por exemplo, a criança privada da mãe é colocada num hospital) e a noção de insuficiência relacional qualitativa a uma falta de adequação profunda da resposta da mãe às necessidades da criança*” (p.59).

A Rita fala e comenta a sua solidão (Insight) “*As minhas não têm pessoas! O facto de eu não ter escolhido ninguém tem muito a ver com o facto de passar muito tempo em casa sozinha*” e conta tudo com grande detalhe, monopolizando as atenções e o tempo da sessão. Parece ser uma formação reactiva para não deprimir “*Eu até gosto de estar sozinha, por isso já pensei como vou fazer*”. Uma espécie de aceitação passiva da solidão. Perante a solidão a questão da sobrevivência “*preciso de estar com pessoas, preciso de ver caras...porque se não uma pessoa dá em doida... como vivo no 3º andar já tive de comprar tudo*”.

As somatizações, de acordo com Mc Dougall (2000), servem como defesa contra as pulsões agressivas e sádicas pré-edípicas e até mesmo contra fantasias arcaicas com base mais no medo de perder identidade subjectiva do que numa angústia ligada às pulsões e a identidade sexual. Não obstante, a cada momento, o psiquismo utiliza o corpo. Expressões somáticas como a febre, a obstipação e a anúria, podem ser muito variadas e às vezes intensas: dores gerais, sofrimento pela episiotomia e sua infecção, abscessos por injeções, abscessos mamários, são provas de hiper funcionamento e de descarga directa que se seguem a acontecimentos carregados de afecto, mas não elaborados psiquicamente, ao passo que manifestações como a asma ou tetania se situam no pólo oposto, o da retenção.

Nas situações mais intensas, o mesmo autor refere que “*o «sentido» é o de ordem pré-simbólica e provoca um curto-circuito na representação da palavra. É o corpo que se comporta de maneira «delirante», ele «hiper funciona» ou inibe funções somáticas normais e o faz de modo insensato no plano fisiológico. O corpo enlouquece*”.

As defesas da Rita aparentemente relacionadas com o agir para evitar a depressão. O falar muito para fugir à depressão para tapar o que sente. Desejo onipotente de controlar tudo. Vê-se que está em sofrimento.

A Susana escolheu os recortes:

- Paisagem de Bora Bora: “esta imagem simboliza um período de descontração e um sítio muito sossegadinho”.

- Mulher numa espreguiçadeira: “ pessoa completamente descontraída, está bem e sente-se bem”.

- Casal: “sente-se bem porque tem alguém que partilha este momento connosco”.

A Susana também fala de satisfação. Posição madura (não fala directamente na coisa). Reforça que “dou muita atenção ao meu espaço próprio. De qualquer maneira o estar sozinha durante muito tempo custa-me um bocado...Todos nos sentimos sozinhos”. Apesar de que pensa a meio termo.

- COMENTÁRIOS FINAIS

Nos comentários finais, o director referiu que no caso da Rita a ansiedade parece estar associada ao medo de estar só. É interessante esta relação entre dar e receber comida, e dar e receber amor, muitas vezes as duas coisas se confundem porque comida sem afecto não presta e provoca indigestão. O dar e receber está implícito na situação de amamentar que vai ficar presente na cabeça do bebé, que vai estar implícito em todas as relações futuras.

Análise global da sessão:

Na sessão temos como matriz grupal que toda a gente de alguma forma sentiu/projectou no interior da sua oralidade. Surgiu um Contínuum Objectal: umas como abertura ao espaço relacional; outra como ocasião de saciar ou resolver desejos insatisfeitos ou coisas insatisfeitas e outra de satisfação de forma afectiva.

Emergiram na técnica das imagens da amamentação várias questões como: o sentimento de solidão e companhia, que são as coisas mais importantes da nossa vida; a verdadeira ou falsa presença do outro; e a amamentação como o espaço relacional e ao outro. Ao espaço potencial.

O tempo utilizado para a formação inicial foi o planeado e o psicodrama prolongou-se para duas horas, pois a fase de dramatização foi muito participada.

SESSÃO Nº 5

Tínhamos preparados dois jogos para a Rita (Imagem da tríade - Edipiana ou infantil), mas faltou à sessão por estar internada da maternidade por Bartholinite. A Susana faltou porque já teve bebé. Estiveram presentes a Leonor e a Dora.

FORMAÇÃO TEÓRICA

Ambas estiveram atentas à apresentação dos conteúdos teóricos mas especialmente interessadas em como se procede à extracção e conservação de leite.

Após a formação continuámos com o psicodrama.

PSICODRAMA:

- AQUECIMENTO

Aquecimento inespecífico

No aquecimento inespecífico, introduzimos a música e exercícios de relaxamento e o exercício momento concentração.

Aquecimento específico

No aquecimento específico, emergiram mais queixas somáticas e o medo da diabetes.

A Leonor está muito nervosa e tem diabetes (retenção de açúcar) referiu na sessão nº 4 que o médico a aleijou, nesta sessão já é bom (“aleijou-me mas até que eu gosto dele”). Nesta sessão está revoltada com o médico desta última consulta porque não lhe disse como controlar a diabetes de forma não terapêutica (“disse-me só que a partir de segunda feira tinha que iniciar a insulina”). Mais queixas somáticas. Revela incapacidade em queixar-se frente aos médicos. Padrão e queixas por via do somático. Refere que *“as coisas positivas esquecem-se rapidamente mas as coisas negativas marcam sempre e ficam para toda a vida. Fazem-me recordar as recordações da minha infância. As coisas que de algum motivo me marcaram”*.

Quanto à amamentação diz que não tem medo “*eu não penso se pode correr bem ou mal, eu nunca penso. Não é por nada, mas não sofro por antecipação*”. Parece também fazer uma negação do sofrimento e da ansiedade interna (*Tout va bien*) mas acaba por dizer sem se aperceber “*não é nada que não me atormente*”.

- DRAMATIZAÇÃO

O director propôs dois jogos na dramatização:

Dramatização de dar a papa.

A Leonor aparece com alguma dificuldade em dar e receber amor. No movimento da troca apresenta alguns movimentos agressivos, onde projecta violência, muito diferente de uma relação objectal e de amor. Eventualmente, pode remeter para alguma dificuldade na relação com o filho.

A agitação e as crises emocionais (medo, insegurança, vergonha ou falta de autoconfiança). Relembra Lothrop (2000), inibem a libertação de ocitocina e até mesmo um reflexo já bem estabelecido. Deste modo, os alvéolos não se contraem e a maior parte do leite disponível não fica à disposição de bebé. Rejeição pessoal à amamentação, ambivalência inconsciente em relação ao papel de mãe e outros conflitos podem interferir de forma análoga numa lactação bem-sucedida.

A Dora (segunda gesta e com experiência positiva na amamentação) surge como relacional com abertura ao outro e goza lentamente e desfruta o dar e o receber, remete para uma relação de partilha de amor.

Dramatização do momento do parto

A Dora refere o momento que passou, a forma como se descontrolou o estado confusional e o terrível medo da solidão e do escuro. Refere o parto como uma perda, de parte dela, de um objecto de amor “*É uma sensação de perda total, não sei o que se passou na minha cabeça, foi horrível. Senti que havia um grande vazio dentro de mim*”). Parece que ficou vazia, ilusão de que as suas “coisas boas” lhe foram arrancadas ou roubadas no momento do parto. Revela o pânico de estar sozinha e no escuro no momento da dilatação e o medo de morte do bebé (“*ele aqui dentro estava protegido, se estivesse aqui ele estava bem. Acho que era mais medo de lhe acontecer alguma coisa*”).

O director referiu nos comentários finais que a Leonor pareceu um pouco hirta em dar a papa o que poderia de alguma maneira estar relacionado com a forma como ela lida com o cuidar e ser cuidado.

Tendo em atenção a forma como se definiu ser uma pessoa prática talvez para ela seja mais fácil cuidar do que ser cuidada. Em todo o caso a verdade é que ela não pareceu muito descontraída com a situação. Dificuldade quanto à situação de dependência, pela teoria psicanalítica está associada à dependência em geral.

Análise global da sessão:

A formação foi menos expositiva e mais prática. O tempo gasto foi adequado e dentro do planeado. O grupo participou bastante e resultou muito produtiva. O psicodrama prolongou-se até às duas horas de duração.

O aquecimento específico, que se realizou após ter sido encontrado o protagonista, revelou-se muito eficaz na preparação do protagonista para a dramatização e permitiu ao ego auxiliar aperceber-se das características do papel complementar que poderá desempenhar.

O contexto dramático correspondeu e foi considerado pela protagonista como um espaço protegido, onde pode expressar através da própria acção, os seus medos, desejos, fantasias e sentimentos, livre dos condicionalismos sociais habituais. Foram desempenhados e interpretados diferentes papéis num permanente “como se”, em que interagiu de forma particular podendo fazer e desfazer cenas, modificar situações, alterar personagens e o próprio tempo, com a ajuda destas técnicas de dramatização.

Os temas da sessão decorreram em torno das queixas somáticas, o medo do parto e mais uma vez a angústia relacionada com a solidão e a perda de objectos internos.

SESSÃO Nº 6

Nesta sessão estiveram presentes a Leonor e a Dora. A Rita e a Susana já tiveram os bebés.

FORMAÇÃO TEÓRICA

Perante os riscos que sentimos que pisamos na 5ª sessão, decidimos cingir a sessão em torno de um tema pré-definido. Neste caso, a relação entre o casal e o papel do pai.

Após a formação passamos ao segundo momento, o psicodrama.

PSICODRAMA:

- AQUECIMENTO

Aquecimento inespecífico

No aquecimento inespecífico, introduzimos o esquema de erros, após os exercícios de relaxamento e concentração que foram acompanhados pela música.

Aquecimento específico

No aquecimento específico, emergiram os medos da depressão pós-parto (cansaço, irritabilidade e perturbações do sono) e necessidade de apoio familiar.

- DRAMATIZAÇÃO

Na dramatização, utilizámos a técnica pós-parto: necessidade da mulher, do homem e da criança (anexo). Foi pedido para escrever as necessidades de cada um numa folha de papel.

A Dora refere que *“a mulher tem necessidade de amor, carinho e afecto porque no pós-parto a mãe precisa de se adaptar” e relaciona com a sua vivência anterior “nessa altura já não temos paciência, estamos muito irritadas connosco, muito irritadiças, a precisar de conforto e que não nos digam muitas coisas... Este conforto tem haver com o conforto psicológico porque se estivermos bem psicologicamente é mais fácil de lidarmos com toda a situação. É muito complicado nos primeiros dias”*. Relativamente ao pai faz alusão ao ciúme do pai perante a relação mãe-bebé, como sendo natural mas com necessidade de ser falada entre o casal. Mas a grande preocupação é como a filha vai reagir à chegada do irmão.

Lothrop, 2000 refere que se o marido mesmo não demonstrando os seus sentimentos à mulher, ela sentirá a sua recusa pessoal. Conflitos deste género podem ser tão prejudiciais à lactação, que a amamentação, sob todos os pontos de vista, se torne um problema.

Para Soifer, segundo Pamplona (2005), a comunicação do casal vê-se grandemente dificultada pela depressão da mulher. O marido, diante de uma mulher que chora, que ou exige grande actividade social e abandona o filho, ou se dedica freneticamente à limpeza, ou se volta completamente para a mãe, irmã ou amiga

(acompanhante fóbico), ou se nega a sair, descuida-se de sua aparência, etc. – sente-se perplexo, excluído e maltratado. À medida que passam os dias, vai-se tornando mais evidente a falta de diálogo e de sexualidade e em algumas ocasiões pode conduzir à separação.

A Leonor diz que as necessidades do bebé “*são as mesmas mas punha tudo extra: amor extra, carinho extra e dedicação extra porque é um ser dependente, precisa que o alimentem, tratem da higiene, de atenção em todo o tempo e dedicação tanto da mãe como do pai*”. Em relação ao pai refere que é a mesma coisa que na mãe se bem que acrescentamos que as tarefas devem ser partilhadas com o pai sempre, não só no pós-parto.

Essa tarefa será facilitada e enriquecida quando essas fantasias, particularmente ricas e actuanes na mãe são partilhadas com o pai da criança.

- COMENTÁRIOS FINAIS

Nos comentários finais, o director comentou: penso que as duas compreenderam que o nascimento de uma criança e as relações que se estabelecem na amamentação implicam sempre a vivência de sentimentos fortes e fundamentais: amor, carinho e dedicação. É portanto, fundamental que as pessoas estejam preparadas para viverem em pleno estes sentimentos e criarem uma relação futura baseada nos mesmos. Normalmente nós só podemos dar o que recebemos mas que estas fases iniciais eram uma boa oportunidade para dar mais do que temos para depois podermos receber mais do que receberíamos.

Análise global da sessão:

A sessão decorreu num clima de grande inter ajuda e cumplicidade. As duas grávidas compreenderam a importância da família e do apoio social no pós-parto e na prevenção da depressão. O testemunho da gesta II foi muito importante para ilustrar o conjunto de mudanças a nível psicológico, conjugal e familiar.

O grupo referiu que o curso superou as expectativas individuais e se revelou muito importante, uma vez que, adquiriram mais competências e autonomia. Acharam os temas abordados adequados mas sugeriram ser aumentado o número de sessões num próximo curso.

Houve um equilíbrio entre o tempo planeado e o utilizado na sessão.

Não abrimos demasiados espaços à “evolução fantasmática” mas talvez pudéssemos ir mais longe. A atitude correcta parece-nos dizer coisas verdadeiras acerca do assunto mas suficientemente gerais para que cada um se sinta invadido.

Análise global dos sujeitos nas sessões:

A Rita adopta uma atitude extrovertida, com tendência para intervir sistematicamente e querer monopolizar as sessões e o tempo de intervenção. Revela angústias de abandono e solidão pela quase permanente ausência do companheiro e contínuas queixas somáticas na gravidez. Em particular a ligação pouco efectiva e quase ausente com o companheiro por quem nutre uma ambivalência pouco mentalizada, acrescida pelo relacionamento algo conflituoso com a mãe.

A Leonor adopta por vezes uma atitude um pouco provocatória e indiferente relativamente ao programa e ao grupo, pouco receptiva e utiliza monossílabos como resposta às questões, mostra no seu discurso contenção, rigidez e alguma dificuldade em colocar as coisas no plano dos afectos. Revelando uma negação do sofrimento e ansiedade interna. Pouco dada a rêveries e refere não sofrer por antecipação. A amamentação é um acontecimento normal já que foi amamentada pela mãe até aos 2 anos.

A Dora procura mostrar-se simpática para com a equipa de saúde e os outros elementos do grupo. Apresenta uma ansiedade marcada relativamente ao parto, uma vez que tem história anterior de trabalho de parto psicologicamente muito traumático (cesariana por sofrimento fetal) mas com vivência de amamentação bem sucedida e gratificante. Revela também receio de rivalidade da filha com o futuro bebé.

A Susana adopta uma atitude muito calma e contida, o seu discurso mostra-se sempre organizado e coerente, parecendo revelar uma calma interior de impacto organizante sobre a personalidade. A sua atitude no grupo é de apaziguadora, apesar de intervir muito pouco, parece denotar alguma necessidade de aceitação do outro. De facto, parece estar todo o tempo à procura das palavras mais adequadas para revelar o que pensa ou sente. Agora sente a gravidez como um momento de paragem na actividade, de baixa à mais de dois meses devido a queixas somáticas, anseia pelo momento de poder ver o seu bebé e de o partilhar com o marido.

PARTE III
PRINCIPAIS CONCLUSÕES

PRINCIPAIS CONCLUSÕES

Avaliando todo o processo de investigação realizado, entendemos, pelos resultados obtidos, ter encontrado material para defender a potencialidade deste tipo de programas psico-profiláticos. O envolvimento do corpo, em toda a sua expressão, permitiu expressar estados emocionais não verbalizados, ou dificilmente verbalizáveis. Parece-nos uma técnica poderosa para trabalhar os medos e ansiedades na grávida. A utilização maciça deste tipo de programas dinâmicos e participativos, com técnicos competentes, podia ter efeitos importantes, efeitos na prevenção primária (problemas relacionais e psicopatologia) e as pessoas em caso de crise podiam resolver muitos problemas.

A dinâmica que se gerou entre o contexto social, grupal e dramático, por intermédio dos elementos do grupo foi do tipo espiral: as grávidas trouxeram consigo os problemas gerados no social, apresentaram no grupo e trabalharam-nos no dramático; retornaram ao grupal e daí ao social.

O contexto grupal, constituído pelo grupo em si, foi-se desenvolvendo através das relações entre os membros do grupo, em cada sessão. Esta rede actuou como base de inter-relações, sentimentos emoções, afectos e situações. Criou-se um clima de solidariedade, tolerância e cumplicidade sobre o qual emergiram um ou mais protagonista, funcionando como suporte do contexto dramático.

Do trabalho com o grupo de grávidas emergiram principalmente as angústias e fantasmas: medo de incapacidade e incompetência na amamentação; queixas somáticas e necessidade de apoio familiar e social.

Sentimos que navegámos em águas perigosas mas sentimos também que os problemas como estes podem ser muito importantes para a saúde pública da mulher (física e psicológica). Uma mãe mais informada é também uma mãe mais cuidadora. Pode melhorar os cuidados a si própria e mais tarde do seu filho. Podemos dizer que poderá constituir um importante factor de saúde mental.

Relativamente ao trabalho da equipa multidisciplinar emergem da análise e interpretação dos dados, das questões formuladas, dos objectivos propostos e do enquadramento teórico estruturado na investigação devemos ter em conta que:

- Não deve haver a liberdade de ser intrusivo.

- Quem utiliza as técnicas psicodramáticas deve conhecer muito bem os fantasmas da gravidez e do puerpério.
- É necessário preparar os passos antecipadamente e estabelecer bem as barreiras.
- Devemos ter uma atitude profilática e não terapêutica.
- Quando se faz a selecção das pessoas para participar em sessões de psicodrama temos de excluir pessoas com distúrbios psiquiátricos sobretudo psicóticos e patologias border-line.

Estamos conscientes de algumas limitações do nosso trabalho como: o pequeno número de sessões em estudo; o pequeno número de pessoas estudadas e o facto de ser um estudo exploratório não sabíamos o que estavam à procura e o que podíamos encontrar. Assim como a investigação em contexto psicodramático, compromete as tentativas de exercer controlo sobre todas as variáveis que afectam o objecto de estudo (comum nas abordagens quantitativas), pois, num ambiente tão rico e complexo, não é possível controlá-las individualmente, ou mesmo conhecer todas as variáveis relevantes.

Pensamos ser importante incluir em investigações futuras e neste tipo de programas:

- Maior tempo de estudo, ou seja, um acompanhamento desde o início até ao fim da gravidez.
- Grupo com maior número de grávidas;
- O companheiro, a família, ou a pessoa mais significativa;
- Estudar a relação entre as atitudes e os problemas que surjam nas sessões;

Com estas considerações finais e com as questões que deixamos em aberto, estamos convictos que muito ainda há a fazer nesta área e que abrirá caminho para novas descobertas.

Por último, queremos ainda referir que gostaríamos de avançar para novas direcções de estudo, fazendo a ligação com o aconselhamento em aleitamento materno no pós-parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J.L. Pio (2002) *O modelo do psicodrama Moreniano*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto Editora
- Almeida, J.; Ramos, C. (2003) Maternal allegations for weaning: qualitative study”. Sociedade Portuguesa de Pediatria. *Jornal de Pediatria*. 5 (79), p. 385-90.
- Batinica, M.; Grguric, J.; Bozikov, J.; Zakanj, Z.; Lipovac, D., Vincekovic., Batinica, R.; Turcinov, E et al (2002) Intergenerational transmission of breastfeeding as a behavioural model. *Lijec Vjesn*. 124 (2), p. 10-5.
- Berra, S.; Galván, N.; Sabulsky, J.; Dal Lago, B.; Gorgerino, M.; Rajmil, L.; Passamonte, R;
- Arce, M.; De Unia L. (2002) Alimentación de recién-nascido en el período posparto inmediato. São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. Dezembro, 36 (6).
- Bueno, M. et al (2003) Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas no Hospital Universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: Estudo de corte do primeiro ano de vida. Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, 19 (5), p. 1453-60.
- Bustos, D. M. (2005) *O psicodrama: aplicações da técnica psicodramática*. 3ª edição. São Paulo: Ágora.
- Canavarro, M. e Rolim, L. (2001) Perdas e luto durante a gravidez e puerpério. In Canavarro, Maria Cristina. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Carvalho, M. R; Pamplona. V. (2001) *Pós-parto e amamentação: dicas e anotações*. São Paulo: Ágora
- Carvalho, M. e Tamez, R. (2005) *Amamentação. Bases científicas*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Edições Guanabara Koogan.
- Cattaneo, A. et al. (2003) *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe:blueprint for action*. Luxembourg: European Commission.
- Chang, J.; Chan, W. (2003) Analysis of factors associated with initiation and duration of breastfeeding: A study in Tainting Taiwan. *Acta Pediatrics, Taiwan*. Jan-Feb, 44, p. 29-34.
- Dias, C. (2000) *Freud para além de Freud*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Dias, C. (2005) *Freud para além de Freud II*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Durand, M.; Labarere, J.; Brunet, E. ; Pons, J. (2003) Evaluation of training program for health care professionals about breastfeeding. *European Journal Obstet Gynecol Reprod Biol*. 106 (2), p.134-8.
- Earle, S. (2002) Factors affecting the iniciation of breastfeeding: implications for breastfeeding promotion. *Healt Promot. Int*. Sep, 17 (3), p.205-14.
- Ego, A. Dubos, J.; Djavadzadeh-Amini M.; Depinoy M.; Louyot J.; Codaccini X. (2003) Premature discontinuation of breastfeeding. *Arch Pediatr*. Jan, 10 (1), p. 11-8.
- European Union (2004) *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action*. Dublin: Ireland.
- Farate, C. (2001) *O acto do consumo e o gesto que consome: “Risco relacional” e consumo de drogas no início da adolescência*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Figueiredo, B. (2001) Perturbações psicopatológicas do puerpério. In Canavarro, Maria Cristina. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto editora, p.161-181.
- Galvão, D. (2006) *Amamentação bem sucedida: Alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência.
- Giugliani, E. (2002) Amamentação exclusiva e sua promoção. In: Carvalho, M.; Taméz, R. *Amamentação: bases científicas para a prática profissional*. São Paulo: Ed. Guanabara Koogan.
- Giugliani, E. Amamentação exclusiva. In: Carvalho, M.; Taméz R. (2005) *Amamentação: bases científica*. 2ª edição. São Paulo: Ed. Guanabara Koogan.
- Jones, R. H. (2004) *Depressão e Parto: depressão “normal”, vinda de reflexão da perda do parto*. On line em < [http://www. Parto humanizado.html](http://www.Parto humanizado.html)>.
- Jones R. H. (2005) Enfoque Obstétrico. In: Carvalho, M.; Taméz, R. *Amamentação: bases científicas*. 2ª edição. São Paulo: Ed. Guanabara Koogan.
- Lana, A. P. B. (2001) *O livro de estímulo à amamentação – uma visão biológica, fisiológica e psicológica – comportamental da amamentação*. Belo Horizonte: Atheneu.
- IBFAN (2001) *A duração óptima da amamentação exclusiva: Actualidades em amamentação*.
Edição IBFAN. Dezembro, p.27-8.
- Laplanche e Pontalis (2001) *Vocabulário da psicanálise*. 4ª edição. São Paulo: Martins Fontes.
- Levy, L. e Bértolo, H. (2002) *Manual de Aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospiais Amigos dos Bebés.

- Lothrop, H. (2000) *Tudo sobre a amamentação*. Lisboa: Paz editora.
- Lourenço, L. (2005) *O bebé no divã- desenvolvimento emocional precoce: amar e pensar com o bebé e os seus pais*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Mahgoub, S.; Bandee, T.; Nnyepi, M. (2002) Breastfeeding in Bostwana: practices, attitudes, patterns, and the social-cultural factores affecting them. *J. Trop. Pediatr.* Aug, 48 (4),p. 195-9.
- Matos, A. C. (2001) *A depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A. C. (2002) *O Desespero*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A. M. (2000) *Depressão e ajustamento pós-parto*. Mestrado em Sociopsicologia da Saúde. Não publicado. Coimbra. Instituto Superior Miguel Torga.
- McDougall, J. (2000) *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mc Leod, D.; Pullon, S.; Cookson, T. (2002) Factors influencing continuation of breastfeeding in a cohort of women. *J. Hum. Lact.* Nov, 18 (4), p. 335-43.
- Ministério da Saúde (2004) Plano Nacional de Saúde. Orientações estratégicas para 2004-2010.
- Montrone, V. (2002) *Formação de agentes comunitários: para a promoção do aleitamento e da estimulação do bebé*. 1ª edição. Brasil: Editora Manole.
- Organização Mundial Saúde (2002) *Programa saúde XXI. Saúde para todos no século XXI*.
- Organização Mundial Saúde (2001) *The optimal duration of exclusive breastfeeding*. Document A54/7. Geneva. 9 April.

- Pamplona, V. L. (2003) *Grupo de Psicodrama Terapêutico_Pedagógico: O trabalho com gestantes e casais grávidos*”. Informativo da federação Brasileira de Psicodrama. Jornal em Cena, ano 20 - nº2. On line < [http:// www. febrap. com.br/html.-](http://www.febrap.com.br/html.-)
- Pereira, M. A. (2006) *Aleitamento materno: importância da correção da pega no sucesso da amamentação - resultado de um estudo experimental*. Loures: Lusociência.
- Portugal (2001) *Relatório do Director Geral e Alto Comissário da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Portugal (2003) Direcção Geral da Saúde: *Uma observação sobre o Aleitamento materno*. Lisboa:Ministério da Saúde
- Ribeiro, M. (2004) *Quando o corpo toma a palavra : A expressão corporal em contexto psicodramático*. Tese de Mestrado em Toxicodpendência e patologias psicossociais. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra.
- Sá, E. (2006) Prefácio. In: *Amamentação bem sucedida: Alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência.
- Silva, A. C. (2005) Prefácio. In: *Amamentação: bases científica*. 2ª edição. São Paulo: Ed. Guanabara Koogan.
- Soares, I. (2001) Vinculação e cuidados maternos: Segurança, protecção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebé. In: Canavarro, Maria Cristina. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto editora.
- Tamez, R. (2005) Actuação de Enfermagem. In: Carvalho, M.; Taméz, R. *Amamentação: bases científicas*. 2ª edição. São Paulo:Ed. Guanabara Koogan.

UNICEF (2000) Baby-friendly hospital initiative: progress report. New York. On line <
[http:// www. Unicef.org./programme/breastfeeding/innocenti.htm](http://www.Unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm).

Valdês, V.; Pugin, E.; Schooley, J.; Catalan, S.; Aravena, R. (2001) Related Articles
Clinical support can make the difference in exclusive breastfeeding success among
working women. *J. Trop Pediatr.* Jun, 46 (3), p.149-54.

Venâncio, S.; Escuder, M.; Kitoko, P.; Rea, M.; Monteiro, C. (2002) *Frequency and
determinants of breastfeeding in the State of São Paulo*. Brasil: Rev. Saude Publica.
Junho, 36 (3), p. 313-8.

Vogel, A.M. (2003) Intended plans for breastfeeding duration: a simple tool to predict
breastfeeding outcome. *Acta Paediatrica*, 92 (3), p.270-1.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Araújo, M. (2001) A problemática do Aleitamento Materno: realidade brasileira. In:
Júnior 2001 LAS. *A mama no ciclo gravídico-puerperal*. São Paulo: Ed. Atheneu,
p.247-51.

Bateman, A.; Brown, D.; Pedder, J. (2003) *Princípios e prática das psicoterapias*. 2ª
edição.
Lisboa: Climepsi Editores.

Bardin, L. (1973) *Análise de Conteúdo*. Edições 70.

Camon, V. A. A. (2005) *As relações de amor em psicoterapia*. São Paulo: Pioneira
Thomson Learning.

Carvalho, M. R; Pamplona. V. (2001) *Pós-parto e amamentação: dicas e anotações*. São
Paulo: Ágora.

Filho, J. Mello et al (2000) *Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Freire, T.; Almeida, L.S. (2003) *Metodologia da investigação em Psicologia e educação*. 3ª edição. Braga: Psiquilivros edições.

Matos, A. Coimbra de (2001) *A depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

Mello, M. H. (2005) *Psicodrama Online*. On line em <
<http://www.homemdemello.com.br/psicologia/dramaonline.html>>.

Mello, M. H. (2005) *Psicoterapia na linha psicodramática*. On line em <
<http://www.homemdemello.com.br/psicologia/terpsicod.html>>.

Mijolla, A.; Mijolla-Mellor, S. (2005) *Psicanálise*. Lisboa: Climepsi Editores.

Neeb, K. (2000) *Fundamentos de Enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Lusociência.

Pamplona, V. L. (2003) “*Grupo de Psicodrama Terapêutico_Pedagógico: O trabalho com gestantes e casais grávidos*”. Informativo da federação Brasileira de Psicodrama. Jornal em Cena, ano 20 - nº2. On line < [http:// www. febrap. com.br/html](http://www.febrap.com.br/html).-

Reidy, J.; Dancey, C. (2002) *Statistics Without Maths for Psychology*. Second edition. Harlow: Pearson Education limited.

Streubert, H.; Carpenter, D. (2002) *Investigação qualitativa em enfermagem*. 2ª edição. Loures: Lusociência.

Anexos

CONSELHO CIENTÍFICO
DA ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS
INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA
COIMBRA

Sónia Isabel Horta Salvo Moreira de Almeida Ramalho, aluna (nº 6546) do Mestrado de Aconselhamento Dinâmico 2005-2006 a desenvolver a dissertação “Aconselhamento dinâmico em Aleitamento Materno” sob orientação do Senhor Professor Doutor Caiado Gomes, vem por este meio requerer a autorização, com conhecimento prévio do Exmo. Orientador, para ter como co-orientadora a Senhora Professora Doutora Dulce Maria Pereira Garcia Galvão, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto, Doutora em Ciências de Enfermagem.

Envio em anexo uma declaração de disponibilidade para Co-orientação e um resumo Curricular da Senhora Professora Doutora Dulce Maria Pereira Garcia Galvão.

Agradece antecipadamente,

Coimbra, 18 de Março de 2006

Sónia Isabel Horta Salvo Moreira de Almeida Ramalho

Sónia Isabel Horta Salvo Moreira de Almeida Ramalho

Quinta do Castanhal - Moradia E

Pousos

2410 – 209 Leiria

Tlm: 962483190

Exmo. Sr. Director

Núcleo João dos Santos

Coimbra

Sónia Isabel Horta Salvo Moreira de Almeida Ramalho, aluna do Mestrado em Aconselhamento Dinâmico, do Instituto Superior Miguel Torga, da Escola de Altos Estudos, orientada pelo Professor Doutor Jorge Caiado Gomes, vem, por este meio, pedir autorização para a realização de um Curso de Preparação para a Amamentação, através de uma Abordagem Psicodramática, no Núcleo João dos Santos. Este Curso faz parte da metodologia da Dissertação de Mestrado da aluna: ‘Aconselhamento Dinâmico em Aleitamento Materno: Preparação Psicológica para Amamentar, através de uma Abordagem Psicodramática’. Para que a dissertação termine no prazo estipulado pelo Instituto, é importante que as sessões do Curso tenham início no mês de Abril de 2006.

Agradece antecipadamente.

Coimbra, 24 de Março de 2006

Sónia Isabel Horta Salvo Moreira de Almeida Ramalho

PREPARAÇÃO PARA O PARTO E AMAMENTAÇÃO



Destina-se a grávidas a partir das 28 semanas

O parto é um acontecimento único na vida da mulher. A forma como é vivido determina o bem-estar psicológico e a relação da mulher com os seus familiares, especialmente com o seu bebé.

A mulher e o seu companheiro preparam-se para esse acontecimento, a partir do momento da confirmação da gravidez.

Neste espaço, as grávidas com mais de 28 semanas, podem expor medos, angústias e fantasias, tornando-as menos vulneráveis e mais aptas para lidar com as dificuldades da gravidez e maternidade.

CURSO:

- A partir das 28 semanas de gestação;
- Início: Abril de 2006;
- Uma vez por semana;
- Horário pós-laboral;
- Local: Núcleo João dos Santos, Coimbra.

A sua assiduidade é fundamental para o sucesso da preparação.

O seu companheiro é sempre bem-vindo às sessões.

OBJECTIVOS:

- Criar um espaço de partilha com outras grávidas e casais;
- Proporcionar a aquisição de competências e autonomia, preparando a mulher para o parto e amamentação.

PREPARAÇÃO PARA O PARTO E AMAMENTAÇÃO

EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Psicólogo e Enfermeiras

10 sessões de aulas teórico-práticas, segundo o método psicodramático.

Aspectos a abordar:

- Fantasias maternas sobre o parto e amamentação;
- Trabalho de parto e parto;
- Cuidados ao recém nascido;
- Amamentação;
- Dúvidas propostas pelas grávidas.



FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome: _____

Morada: _____

Telefone: _____

Data de nascimento: __/__/__

Data da última menstruação: __/__/__

Data provável do parto: __/__/__

Assinatura: _____

Após o preenchimento da ficha de inscrição esta poderá ser enviada por correio para o Núcleo João dos Santos.

O curso terá o máximo de 10 grávidas, tendo em conta o tempo de gestação.



Morada do Núcleo

962483190

91628510

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu _____ aceito participar na pesquisa “Abordagem Psicodramática da Preparação para a Amamentação”.

Estou ciente que ao participar posso sair da pesquisa em qualquer momento sem que corra qualquer risco ou prejuízo e que nada vou receber em troca da minha participação, que é voluntária e que as minhas informações e os registos das sessões serão utilizadas apenas para o estudo da referida pesquisa, de forma a não me identificar.

Coimbra, ____ / ____ / ____ .

Assinatura: _____

Entrevista à Gestante
PREPARAÇÃO PARA A AMAMENTAÇÃO

Nome: _____

Morada: _____

Telefone: _____

Antecedentes pessoais:

Diabetes: _____

HTA: _____

Problemas respiratórios: _____

Antecedentes familiares:

Mãe: _____

Pai: _____

Irmãos: _____

Antecedentes obstétricos:

Data de nascimento: ___/___/___

Data da última menstruação: ___/___/___

Data provável do parto: ___/___/___

Idade Gestacional: ___/___/___

Gesta: _____ Para: _____

Tipo de parto (s): _____

Aborto espontâneo: _____ IVG: _____

Já amamentou? _____ Pensa amamentar? _____

Fez preparação para o parto? _____

O que a levou a participar neste curso? _____

PROGRAMA
ACONSELHAMENTO DINÂMICO NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO E
PARA A AMAMENTAÇÃO A UM GRUPO DE GRÁVIDAS, ATRAVÉS DE
UMA ABORDAGEM PSICODRAMÁTICA

Nº da Sessão	Conteúdos	Jogo Psicodramático	Exercício
1ª	- Apresentação da pesquisa - Consentimento informado - Entrevista inicial		
2ª	- Anatomia da mulher - Fantasmas da amamentação	- Música	- Relaxamento - Momento de concentração
3ª	- Anatomia da mama e fisiologia da lactação - Anatomia do trabalho de parto - Fantasmas de esvaziamento	- Role-playing	- Básculas - Utilização do seio artificial
4ª	- Dúvidas, fantasias e medos da amamentação - Mala para a maternidade - Fantasmas da separação	- Jogo de diferenciação de papéis	- 1º Respiração - Esquema de erros
5ª	- Relação conjugal - Vantagens da amamentação	- Solilóquio	- 2º Respiração
6ª	- Dificuldades da amamentação e soluções - Fantasmas de morte - Sinais de alarme	- Jogo de confiança	- 3º Respiração - Simular uma contração
7ª	- Dor no trabalho de parto - Voltar ao trabalho (legislação)	- Espelho	- Repetir exercícios anteriores
8ª	- Extracção e conservação do leite materno - Fantasma de incerteza	- Inversão de papéis	- Esvaziamento mamário - Teste controle
9ª	- Alimentação da mãe que amamenta - Bebê como pessoa separada e sexo do bebé	- Viagem ao interior do corpo	- Período expulsivo
10ª	- Desmame - ias que antecedem o parto (cuidados com o recém-nascido)	- role-playing	- repetir exercícios anteriores

Sara Paz
Sónia Ramalho

O programa pode sofrer alterações, no decurso das sessões, de acordo com as necessidades das gestantes.

PROGRAMA

Cada SESSÃO tem dois momentos:

1º momento (primeira meia hora): abordagem dos conteúdos teóricos.

2º momento: abordagem psicodramática

ABORDAGEM PSICODRAMÁTICA:

Aquecimento – exercícios da preparação para o parto e amamentação

Dramatização – jogos psicodramáticos e abordagem dos conteúdos fantasmáticos

Comentários finais

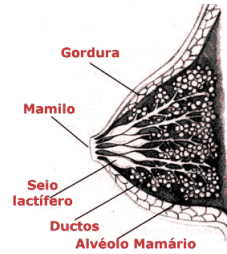
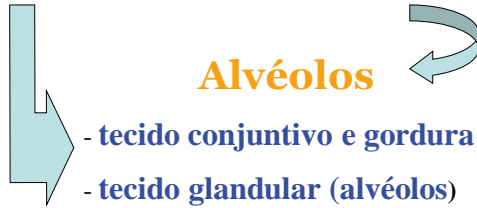
1ª Sessão – Preparação para a amamentação

Anatomia da mama e fisiologia da lactação



Anatomia da mama:

Mama → 20 lóbulos (“cacho” vários lóbulos)
contendo glândulas produtoras de leite



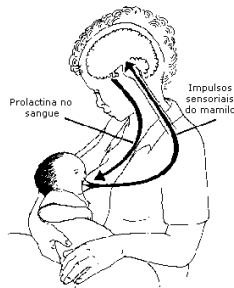
ductos
↓
Galactóferos (seios lactíferos)
↓
mamilo (10-20 ductos)

Prolactina: a hormona secretora de leite

...produzida pela hipófise anterior

Bebé mama

estimula as terminações nervosas do mamilo



hipófise anterior
↓
prolactina
↓
circulação sanguínea
↓
mamas – produção de leite

Produção láctea: hormonas e reflexos

Gravidez:

- hormonas (E.,P., LPH) – **preparação do tecido glandular para produção de leite**
LPH: **estimula alvéolos para a lactogénese (a partir das 6 sem.)**
- **tecido glandular desenvolve-se**

Após o parto:

- **queda de hormonas** – **aumento secreção de Prolactina**



Est. e Prog.

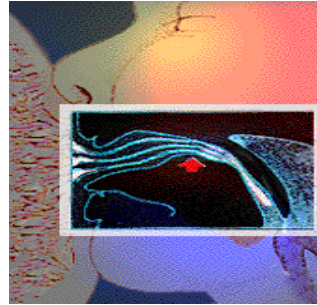
Reflexo de sucção



Como mama o bebé

Reflexos de sucção:

- reflexo de rotação
- reflexo de sucção
- reflexo de deglutição



Acto da sucção:

- *tracção do tecido mamário* – criança agarra a aréola e o tecido mamário situado abaixo
- *pressão da aréola contra o palato com a língua*

A prolactina actua depois que a criança mama e produzindo leite para a próxima mamada

O reflexo de sucção no mamilo promove a secreção da Prolactina, no entanto esta não se destina á síntese do leite coincidente com a actual mamada, pois o seu processo de formação é lento e contínuo

Amamentação-Prolactina

Existe no entanto uma altura em que a resposta da Prolactina ao estímulo de sucção diminui significativamente e acaba mesmo por desaparecer, passando nessa altura a secreção láctea a fazer-se por um mecanismo de: remoção do leite acumulado no seio materno

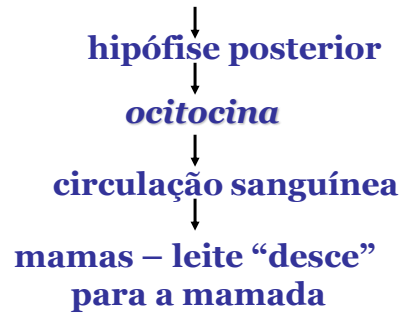
Reflexo condicionado



Ocitocina: a hormona da “descida” do leite

Leite – ejectado por células musculares mioepiteliais situadas á volta do tecido glandular, para dentro dos galactóferos

Bebé mama → estimula as terminações nervosas do mamilo



Ajudar e Inibir o Reflexo da Ocitocina

Desencadeado não só pelo reflexo da sucção mas também por sentimentos, pensamentos e as sensações da mãe

Ajudar: pensar no filho, escutar o seu choro

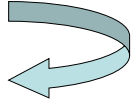
Inibir: preocupações, medos, dor, vergonha

Outros efeitos da Ocitocina

- contracção do útero

Produção do leite

Nos primeiros dias pós-parto as mamas produzem apenas uma pequena quantidade de leite – colostró

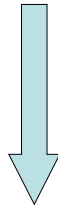


É um líquido de cor amarelada composto predominantemente por proteínas e por globulinas parecidas com as gamaglobulinas do plasma e que conferem uma protecção imunológica ao bebé no período pós-natal)

Produção do leite

Após alguns dias aparece o – Leite de Transição

Descida do leite



1 semana após

As mamas começam a ficar cheias e endurecidas

Leite definitivo

Composição do leite definitivo

Água - 87,4%

Proteínas – 1,6%

Gorduras – 3,7%

Lactose – 7%

Energia : 60 a 75 Kcal/100ml



Produção materna de leite

1ª semana - 500ml/dia

2ª/ 3ª semana – 800ml/dia

Máximo de... 1,5 a 2 l/dia



2ª Sessão – Preparação para a amamentação

Vantagens da amamentação



“O Aleitamento materno aumenta a auto-estima e quando bem apoiado é uma fonte de prazer para a mãe e para o bebé”

VANTAGENS DA AMAMENTAÇÃO



Leite Materno

- Nutrientes perfeitos
- Digere-se facilmente e é utilizado de modo eficiente
- Protecção contra infecções

Aleitamento Materno

- » Promove o estabelecimento do vínculo afectivo
- » Favorece o desenvolvimento da criança
- » Ajuda a adiar uma nova gestação
- » Protege a saúde da mãe

Mais económico.

Vantagens nutricionais



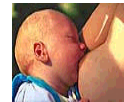
- Alimento vivo, completo e natural
- Adaptado à evolução do bebé
- Micronutrientes
- Factores de crescimento
- Pré-requisito para adaptação à alimentação complementar.

Vantagens anti-infecciosas



- Macrófagos, lisozima e lactoferrina
- Linfócitos T e B e IgA secretora
- Gastroenterites/diarreias
- Infecções respiratórias/otites
- Doença invasiva por Hib
- Infecções urinárias
- Efeito de *dose-resposta*.

Vantagens imuno-alergológicas



- Dermatite atópica
- Asma brônquica
- Alergia às proteínas do leite de vaca.

Vantagens demográficas



- AM exclusivo até aos 6 meses
- Sem suplementos
- Sem complementos
- Sem intervalo nocturno
- Mãe amenorreica.

Formação do Vínculo afectivo



- Relacionamento íntimo e amoroso entre mãe e RN
 - Maior satisfação emocional materna
 - RN chora menos
 - Comportamento materno mais afectuoso
 - Menor probabilidade de maus tratos e abandono da criança.
- * Valores superiores em testes de inteligência (idade escolar e adulta).

3ª Sessão – Preparação para a amamentação

Técnica de amamentação

As mães devem ser estimuladas a:

- iniciar a amamentação pelo lado direito numa mamada e pelo esquerdo na seguinte, ou vice-versa
- deixar o bebé terminar de mamar na primeira mama e em seguida deixar o bebé mamar na outra mama, se ele quiser
- após conseguir uma quantidade de leite suficiente, o bebé pára de mamar e solta o mamilo espontaneamente



posição sentada



posição sentada inversa

Posicionamento



posição deitada



posição especial

Sinais indicativos de que o bebé está a mamar na posição correcta

- toda a cara e o corpo do bebé estão junto da mãe e de frente para ela
- o queixo e a mandíbula do bebé estão encostados à mama da mãe
- a boca do bebé está bem aberta
- o lábio inferior da criança está virado para fora
- aréola quase toda inserida na boca do bebé
- bebé dá goles grandes e espaçados
- pode ver-se o bebé deglutir lenta e profundamente
- mama sem fazer barulho
- fica relaxado, feliz e satisfeito no fim da mamada
- a mãe não sente dor nos mamilos

Sinais de que o bebé está a mamar na posição incorrecta

- o corpo do bebé não está junto do da mãe
- o queixo do bebé está separado da mama da mãe
- a boca do bebé parece estar fechada
- aparece grande parte da aréola especialmente abaixo do lábio inferior
- bebé dá pequenos goles muito rapidamente
- chora ou recusa a mama porque não consegue leite suficiente
- a mãe pode sentir dor nos mamilos

Mamar em posição incorrecta

Causas:

- aleitamento anterior com biberão
- inexperiência da mãe
- bebé pequeno ou debilitado com dificuldades em mamar
- problemas na mama ou mamilo
- início tardio

Mamar em posição incorrecta

Consequências:

- mamilos com fissuras e dolorosos
- mamas ingurgitadas
- leite não é retirado adequadamente
- má produção de leite
- bebé com desenvolvimento inadequado
- bebé frustrado ou insatisfeito recusando ou querendo mamar frequentemente

Cuidados durante a amamentação

A lactente deve instalar-se numa posição **confortável**

Cuidados às mamas e mamilos:

- Higiene diária normal (não há necessidade de lavar os mamilos antes ou após as mamadas);
- Retirar o excesso de creme antes das mamadas;
- Antes de iniciar a mamada pode massajar a mama e realizar exercícios com o mamilo;
- No final da mamada passar uma gota de leite à volta do mamilo e deixar secar ao ar;
- Uso de discos protectores e soutien bem adaptado às mamas

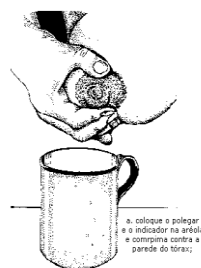
4ª Sessão – Preparação para a amamentação

Alimentação da mãe que amamenta

- Equilibrada de 3000 cal/dia;
- Não deverão faltar no regime alimentar: **leite, carne ou peixe ou ovos, queijo, frutas e verduras;**
- Evitar alimentos muito picantes ou apurados;
- Evitar as bebidas alcoólicas, tabaco, café, medicamentos;
- Ingerir muitos líquidos: Água, Leite e Sumos Naturais
- Limitar a ingestão de alimentos potencialmente alérgicos

Como retirar o leite:

- lavar as mãos
- Procurar um lugar tranquilo e confortável.
- colocar o polegar na aréola ACIMA do mamilo e o indicador, por BAIXO do mamilo, em oposição ao polegar.
- pressionar o polegar e o indicador um pouco para dentro contra a parede do tórax.
- pressionar a aréola atrás do mamilo, entre o polegar e o indicador



a. coloque o polegar e o indicador na aréola e comprima contra a parede do tórax;

- pressionar e soltar. No começo, é possível que o leite não “desça” mas, depois de pressionar algumas vezes, o leite solta-se
- pressionar a aréola da mesma forma para que o leite seja retirado de todos os segmentos da mama.
- não passar os dedos sobre a pele. Não espremer apenas o mamilo.
- retirar o leite de uma mama pelo menos durante 3-5 minutos até que a “descida” diminua; a seguir, retirar da outra.
- Repetir nos dois lados novamente.
- Usar a mão esquerda para a mama esquerda e a mão direita para a mama direita.



Conservação:

Método	Bebé normal	Bebé prematuro ou doente
<u>Congelador de duas portas</u>	3 meses	3 meses
<u>Frigorífico</u>	48 horas	24 horas

Descongelação:

- ❖ Descongelar lentamente, deixando o leite no frigorífico umas horas antes de usar.
- ❖ Agitar o recipiente com leite em água quente, mas não a ferver.
- ❖ Não utilizar o microondas.
- ❖ Depois de descongelado usar dentro de 24 horas.
- ❖ Não voltar a congelar.

6ª Sessão – Preparação para a amamentação

Preparação para amamentar

- **Como fazer o desmame?**

A amamentação deve continuar enquanto a mãe e o bebé desejarem.

Amamentar é muito mais do que alimentar o bebé, é fonte de proximidade física e conforto emocional.

O desmame – processo gradual e positivo

Técnicas de desmame gradual

- Não ofereça e não recuse.
- Altere a rotina do dia-a-dia.
- Ofereça um substituto ou distração.
- Estabeleça limites.
- Encurte a duração de cada mamada.

A mamada nocturna deve ser a última a suprimir.

Voltar ao trabalho

- É possível amamentar depois de terminada a licença de maternidade.

Existem várias opções:

- Amamente sempre que esteja em casa.
- No trabalho, retire o leite.
- Trabalhar a tempo parcial.
- Licença sem vencimento.

Principais direitos da mãe e do pai trabalhadores

- Direito à licença por maternidade
 - 120 dias consecutivos (pagos)
 - 150 dias – acréscimo dos 30 dias a seguir ao parto
 - Deve informar o empregador até 7 dias após o parto, da modalidade que opta. Se nada disser, presume-se que optou pelos 120 dias.

Direito à licença por paternidade

- O pai tem direito a 5 dias úteis, seguidos e interpolados, que têm de ser gozados obrigatoriamente e no 1º mês a seguir ao nascimento.
- Imediatamente a seguir: aos 5 dias ou ao termo da licença de maternidade, o pai pode gozar os 15 dias seguidos de licença parental (pagos).
- O pai pode utilizar a licença de maternidade (incapacidade física e psíquica da mãe, morte da mãe ou decisão conjunta dos pais)

Direito à licença parental

- Para assistência a filhos até aos 6 anos de idade, o pai ou a mãe podem alternativamente, gozar licença parental.

Modalidades:

- Licença parental de 3 meses;
- Trabalhar a tempo parcial (metade do tempo completo) durante 12 meses;
- Gozar períodos de licença parental e de trabalho a tempo parcial, sendo a duração total das ausências equivalente a 3 meses.

Direito à licença especial para assistência a filho até aos 6 anos

- Depois de esgotada a licença parental, a mãe ou o pai têm direito a licença especial, pode ser gozada de modo consecutivo e interpolado, até ao limite de 2 anos.
- No caso de um terceiro filho ou mais, a licença parental pode ir até aos 3 anos.

Direito à dispensa do trabalho para a amamentação e aleitação

- A mãe que, comprovadamente, amamente o filho tem direito a ser dispensada, em cada dia de trabalho, por 2 períodos distintos de duração máxima de 1 hora.

Este direito mantém-se enquanto durar a amamentação.
- Se não houver amamentação, a mãe e o pai têm direito, por decisão conjunta, à dispensa do mesmo período de tempo, para a aleitação, até o filho fazer 1 ano.

Não implica perda de remuneração ou de outros direitos

Direito a recusar trabalho suplementar

- A trabalhadora grávida ou com filho de idade inferior a 12 meses não está obrigada a prestar trabalho suplementar.