



ALTERAÇÕES EMOCIONAIS NO PÓS-PARTO E AMAMENTAÇÃO

Sónia Isabel Horta y Salvo Moreira de Almeida Ramalho

Universidade da Extremadura

RESUMO

A segurança, a protecção e a regulação emocional são muito importantes na construção da relação mãe bebé. O aconselhamento individual no pós-parto deve ser fornecido por profissionais de saúde bem treinados para poderem identificar e activamente solucionar as dificuldades e necessidades particulares de cada um.

Com este trabalho pretendemos descrever as experiências e sentimentos das puérperas que interferem na amamentação dos seus bebés e a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à puérpera e bebé.

Palavras chave: pós-parto; vivências; sentimentos; amamentação; relação mãe - bebé.

SUMMARY

Confidence, protection and emotional stability are a major factor in the bond between mothers and their newborns. Post natal guidance should be provided by trained medical professionals to insure that any problems are dealt with and all needs are met on a one to one basis.

This study aims to describe what mothers experience and their feelings towards their baby during the post natal period and is to upgrade the care that is currently given to the expectant mothers and their newborns by nursing staff.

Key Words: Post Natal; mother experience; feelings; breastfeeding; bond

INTRODUÇÃO

A experiência de maternidade sofre influência de circunstâncias diversas 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. Principalmente no primeiro filho, tem sido considerado por diversos autores como um evento propício ao aparecimento de problemas emocionais e manifestações psicossomáticas (Klaus et al., 2000), que pode resultar em discordâncias ou desarmonias na interacção com o bebé real.



ALTERAÇÕES EMOCIONAIS NO PÓS-PARTO E AMAMENTAÇÃO

A importância da prestação de cuidados nos primeiros tempos de vida torna-se cada vez mais um imperativo de todo o ser humano que tem ao seu alcance a responsabilidade de cuidar de um bebé. Da qualidade da relação na prestação desses cuidados materiais e psíquicos, resultará o desenvolvimento das reais competências emocionais e cognitivas do bebé (Lourenço, 2005).

A satisfação das necessidades biológicas do lactente vai desempenhar papel fundamental a mama-da e o contacto corpo a corpo, criando a complexa ligação com a mãe – objecto da pulsão e objecto securizante (Matos, 2002).

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 idiosincrasias 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.

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 um a 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.

Pela nossa experiência, deparamo-nos com várias dificuldades de adaptação à maternidade, muitas vezes surgem porque o processo sofre influência de muitos factores e também porque é alterado por aplicação de regras e normas artificiais.

É neste contexto, como enfermeira tendo em conta o seu especial interesse e formação em aconselhamento dinâmico e como formadora em aleitamento materno, que se propôs desenvolver este estudo com o objectivo de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem à puérpera, bebé e família.

DESENVOLVIMENTO

A maternidade, é um processo de mudança que, implica perdas e ganhos, associadas às representações individuais de cada mulher e requer respostas (cognitivas, emocionais e comportamentais) que não são habituais no comportamento da mãe e exige uma adaptação específica (Canavarró, 2001).



NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. CALIDAD DE VIDA Y SOCIEDAD ACTUAL

Os sentimentos de ansiedade são universais, provocados pela insegurança, a inexperiência e a preocupação em conseguir corresponder adequadamente a todas as necessidades e solicitações do seu bebé.

Um novo ciclo vital da mulher inicia-se e designa-se por puerpério no qual o organismo materno retorna ao seu estado pré-gestacional e tem a duração de aproximadamente de seis semanas.

Segundo Canavarró (2001) A maternidade é para muitas mulheres um continuo pessoal, conjugal e familiar. Concluída a gravidez a mulher necessita de adaptar-se ao seu novo papel, o que implica vários aspectos como o equilíbrio emocional, desempenho de tarefas práticas de cuidados, satisfação pessoal, recuperação de estilos de vida e o funcionamento familiar.

A adaptação à maternidade, segundo a mesma autora, é influenciada representações que a mulher tem da gravidez mas também por muitos outros factores: ligados à própria mulher (idade, relacionamento passado com a mãe, paridade, percurso obstétrico, acontecimentos de vida ocorridos no ano anterior à gravidez, antecedentes familiares e história psiquiátrica.); ligados ao bebé (peso à nascença, temperamento e saúde família) e ligados ao meio (apoio familiar, relacionamento conjugal e apoio institucional).

Também para Figueiredo (2001) a mulher tem de se adaptar ao mesmo conjunto de mudanças, mas alerta que pode resultar desequilíbrio, tanto quanto pode resultar desenvolvimento e aquisição de novas competências.

O desequilíbrio emocional mais comum e mais leve encontrado no puerpério é o Blues, embora não seja considerada uma perturbação psicopatológica, é sem dúvida um desequilíbrio sobre o qual importa debruçar.

Figueiredo (2001) define Blues pós-parto como “ *uma forma breve e moderada de perturbação do humor, que surge em estreita relação temporal com o parto, em consequência das alterações hormonais decorrentes do nascimento e aleitamento do bebé, tendo essencialmente um carácter transitório e benigno*”.

Segundo estudos realizados pelos vários autores consultados é elevada a percentagem de puérperas (50 a 80%) que desenvolvem esta perturbação, independentemente dos contextos sócio-culturais em que as puérperas estão inseridas. À excepção do Japão, país onde é maior o apoio familiar à puérpera e onde se observa um número nos primeiros dias a seguir ao parto reduzido de mulheres com blues pós-parto. O seu aparecimento, de acordo com Stright e Harrison (1998), surge 2 a 3 dias após o parto e desaparece dentro de três semanas.

O protagonista agora é o seu filho e, embora o tenha nos braços, tal como esperava, talvez não se pareça com o bebé imaginado; o cansaço do trabalho de parto, os desconfortos da episiotomia ou sutura operatória e o cansaço do trabalho de parto; a falta de sono, a atenção constante que o bebé reclama, aliada à revolução hormonal que se está a produzir no seu organismo provoca nas puérperas esta melancolia.

O blues é um síndrome, na opinião dos autores consultados, que inclui diversos graus de ansiedade e irritabilidade, tristeza, astenia, perturbações do sono (insónia, sono pobre), queixas somáticas, crises de choro frequentes, perda de memória, labilidade emocional, sensação de solidão, cefaleias e anorexia, comportamento hostil para com os familiares e/ou acompanhantes. Ainda Matos (2000) salienta o facto de muitas vezes, estas mães referirem incapacidade ou incompetência em relação ao exercício da função materna. Para que haja um diagnóstico têm de estar presentes pelo menos quatro destes sintomas.

Na maioria dos casos o blues não necessita de tratamento particular mas Santos (1998) alerta para a necessidade da instauração de um clima afectivo mais caloroso e menos desumanizado em torno da maternidade, um caminho a seguir no sentido de diminuir as atitudes patogénicas do ambiente circundante.

Porém, segundo Matos (2000, citando Delzenne, 1996) existe uma relação entre a intensidade do blues pós-parto e o aparecimento posterior de uma depressão pós-parto, dado que nos estudos por ele



ALTERAÇÕES EMOCIONAIS NO PÓS-PARTO E AMAMENTAÇÃO

efectuado 29,4% das mães com blues pós-parto constituíam um grupo de risco para a depressão pós-parto.

Ramalho (2008), no seu estudo refere que nas grávidas em preparação para a amamentação emergem os medos da depressão pós-parto (cansaço, irritabilidade e perturbações do sono) e a necessidade de apoio familiar.

Sendo assim, os dias que se seguem ao parto fazem parte de um período de elevado risco para a saúde mental da mulher mas também do bebé. Uma vez que é nos cuidados maternos dispensados ao bebé e durante o período de amamentação que o bebé, 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 (Lourenço, 2005).

É nesta relação mútua, de acordo Matos (2002), em que cada um dos elementos do par dá e retira prazer, que 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.

O mesmo autor refere que num par que funciona harmonicamente, processa-se um desenvolvimento salutar para uma independência progressiva da criança; a mãe que acaricie, transporte, abraçe, embale, beije, permitirá à criança aprender 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 irredutível 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) 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), *“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 experiência o contacto com o rosto da mãe”* (Dias, 2005, p.105).



NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. CALIDAD DE VIDA Y SOCIEDAD ACTUAL

A experiência qualitativa e afetiva 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).

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 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 irredutível 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) 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”*.

Também para Sá (2006) a amamentação é muito importante porque é um momento privilegiado de comunhão com a mãe, em que se criam e adensam os vínculos que perduram para sempre.

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 vincutivos e no desenvolvimento de afectos.

Na preparação de grávidas, Ramalho (2008), salienta que ao incluir o psicodrama emergiu o medo de incapacidade e incompetência na amamentação devido a mamilos mal formados (mamilos invertidos) e a ansiedade de não ter leite.

No início da amamentação, sobretudo nas primeiras semanas e principalmente nas mães menos informadas, e que estão a amamentar pela primeira vez, podem surgir algumas dificuldades como: mamilos dolorosos e/ou fissurados e o ingurgitamento mamário.

As fissuras mamilares devem-se à pega incorrecta e ao número e duração inadequada das mamadas. Nesta situação a amamentação é dolorosa, podendo levar a mãe a amamentar durante menos tempo e/ou com menos frequência. Também o bebé que suga só no mamilo não consegue obter o leite suficiente, ficando frustrado, por outro lado o leite não é retirado com eficácia, o que pode levar à diminuição da produção. As fissuras do mamilo são a causa principal de abandono precoce da amamentação.

No ingurgitamento mamário, as mamas ficam dolorosas, edemaciadas, quentes, vermelhas, brilhantes e tensas por causa do aumento da quantidade de sangue e fluidos nos tecidos que suportam a mama e pela quantidade que fica retido na glândula mamária Pereira (2006). Ocorre 2 a 5 dias após o nascimento ou em qualquer época durante a amamentação. A mãe queixa-se de dor sobretudo na axila e pode ter febre.



ALTERAÇÕES EMOCIONAIS NO PÓS-PARTO E AMAMENTAÇÃO

Pode acontecer um dos ductos bloquear, ficar obstruído, possivelmente por leite espesso. A mulher pode sentir um nódulo doloroso numa parte da mama, e local ficar avermelhado e normalmente sem febre. No caso do ingurgitamento mamário grave, o tecido mamário pode infectar, levando à mastite. Geralmente a mulher tem febre elevada e sente grande mal-estar, deve consultar o médico.

O choro do bebé é outra razão muito frequente pela qual a mãe pode pensar que não tem leite suficiente. Um bebé que chora muito pode perturbar o relacionamento entre ele e a mãe e causar tensão entre os outros membros da família. Uma forma importante de ajudar uma mãe que amamenta é aconselhá-la sobre o choro do bebé. Deve-se procurar a causa e dar resposta às necessidades do bebé, para que ele repouse calmamente.

Há diferentes tipos de recusa nomeadamente alguns bebés fazem pega correcta, mas o reflexo de sucção e deglutição é muito débil; por vezes o bebé debate-se na mama roda a cabeça para um e outro lado à procura de fazer a pega e a mãe pensa que ele não quer mamar; às vezes o bebé mama durante alguns minutos e depois interrompe bruscamente e faz isso repetidamente; às vezes o bebé mama de uma mama e recusa a outra.

Em algumas situações o bebé recusa-se a mamar e isto pode levar ao stress da mãe, pois pode sentir-se rejeitada e frustrada com a experiência.

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. 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.

Os estudos de Ingram; Johnson e Greenwood (2002) demonstraram a importância do ensino pré-natal e pós-natal sobre posicionamento e pega correcta. Steel et al. (2003), na sua investigação vem comprovar a importância do apoio pós-natal através de entrevistas telefónicas. Embora em geral o apoio no pós-parto seja importante, os resultados sugerem que não é necessário fazer visitas rotineiras no domicílio sempre e a todas as mães.

O medo do desconhecido é inerente ao ser humano. Pamplona (2003), 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. Ainda, Tamez (2005) acrescenta que é importante que se estabeleça uma “parceria de confiança”, isto é, ajude a aumentar a auto estima e a confiança.

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).

Compete aos profissionais de saúde, segundo Aranha (2001) promover e vigiar, tão precocemente quanto possível a relação mãe/filho, ensinando, esclarecendo e encorajando a prática de cuidados neonatais pela puérpera de forma a contribuir para uma possível prevenção ou minimização de algumas das perturbações psicológicas.

CONCLUSÕES

A realização desta revisão teórica permitiu-nos identificar algumas alterações emocionais (choro fácil, perturbação do sono, cefaleias, insegurança e preocupação) e dificuldades sentidas pelas puérperas (mamilos dolorosos, mamilos fissurados e ingurgitamento mamário) que interferem na amamentação dos seus bebés.

Quanto ao papel do enfermeiro no apoio pós-parto devemos ter em conta:



NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES. CALIDAD DE VIDA Y SOCIEDAD ACTUAL

- Deve dar apoio emocional e psicológico à puérpera, recém-nascido e família;
- Ajudar mãe e filho no processo da amamentação que deve incluir: escuta activa, linguagem corporal, atenção, empatia, tomada de decisão e seguimento;
- O aconselhamento individual 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;

Relativamente ao apoio pós-natal através de entrevistas telefónicas devemos referir que é muito importante e necessário no:

- Apoio e ajuda aos pais para esclarecer dúvidas, medos e ansiedades;
- Suporte e manutenção da amamentação;
- Despiste de complicações;
- Detectar situações de risco.

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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J.; Ramos, C. (2003) Maternal allegations for weaning: qualitative study". Sociedade Portuguesa de Pediatria. *Jornal de Pediatria*. 5 (79), p. 385-90.
- Aranha, D. (2001). Puerpério: aspectos fisiopatológicos, clínicos e da prestação de cuidados de saúde na mulher puérpera. Clínica Geral. Lisboa.nº5. Vol 17
- Canavarro, M. (2001). Psicologia da gravidez e da maternidade. Coimbra: Quarteto editora.
- European Commission (2003). Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. Luxembourg.
- Figueiredo, B. (2001) Perturbações psicopatológicas do puerpério. In Canavarro, Maria Cristina. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quartetoeditora, p.161-181.
- Galvão, D. (2005) Acompanhamento da implementação das orientações da OMS sobre amamentação num Hospital Amigo do bebé: perspectiva da mãe. Repercussões na manutenção da amamentação aos três meses de vida. *Investigação em Enfermagem*, nº12, p. 52-56.
- Galvão, D. (2006). Amamentação bem sucedida: Alguns factores determinantes. Loures: Lusociência.
- Ingram, J.; Johnson, D.; Greenwood, R. (2002). Breastfeeding in Bristol: teaching good position, and support from fathers and families. *Midwifery*. Jun, 18 (2), pp.87-101.
- Lourenço, L. (2005). O bebé no divã. Desenvolvimento emocional precoce: amar e pensar o bebé e os seus pais. Coimbra: Livraria Almedina.
- Matos, A. C. (2000). Depressão e ajustamento pós-parto. Mestrado em Sociopsicologia da saúde. Não publicado. Coimbra. 2000. Instituto Superior Miguel Torga.
- Matos, A. C. (2002). O Desespero. Lisboa: Climepsi Editores.
- OMS (2002). Programa saúde XXI. Saúde para todos no século XXI.
- 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>.-
- Pereira, A. (2006). Aleitamento materno: Importância da correcção da pega no sucesso da amamentação- resultados de um estudo experimental. Loures:Lusociência.
- Ramalho, S. A. (2008). O método psicodramático na psicoprofilaxia da amamentação. *INFAD Revista de Psicologia e International Journal of Developmental and Educational Psychology*, nº1.pp:31-36.
- Sá, E. (2006) Prefácio. In Galvão, Dulce. *Amamentação bem sucedida: Alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência.



ALTERAÇÕES EMOCIONAIS NO PÓS-PARTO E AMAMENTAÇÃO

Steel, O' Connor, K.; Mowat, D.; Scott, H.; Carr, P.; Dorland, J. Tai, K. (2003). A randomized trial of two public health nurse follow-up programs after early obstetrical discharge: an examination of breast-feeding rates, maternal confidence and utilization and cost of health services. *J. Public Health*. Mar-Apr, 94 (2), pp. 98-103.

Stright, B.; Harrison, L. (1998) *Série de estudos em Enfermagem: Enfermagem maternal e neonatal*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

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).

Fecha de recepción: 28 febrero 2009

Fecha de admisión: 19 marzo 2009