



ABORDAGEM PSICOLÓGICA EM OBSTETRÍCIA: ASPECTOS EMOCIONAIS DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

PSYCHOLOGICAL APPROACH IN OBSTETRICS: EMOTIONAL ASPECTS OF PREGNANCY, CHILDBIRTH AND PUERPERIUM

Regina SARMENTO¹

Maria Sílvia Vellutini SETÚBAL²

RESUMO

A necessidade de compreender os aspectos psicológicos que permeiam o período grávido-puerperal torna-se cada vez mais reconhecida no âmbito do atendimento à saúde reprodutiva da mulher, tendo-se em vista, principalmente, os esforços no Brasil relacionados à humanização do parto. Ao se pensar nesses termos psicológicos e contextualizá-los a uma prática de atendimento clínico, contrói-se uma referência que permite a reflexão e a reconstrução do conhecimento para os profissionais da área. O objetivo deste artigo é apresentar uma revisão sucinta dos aspectos emocionais mais observados no pré-natal, parto e puerpério, e em situações de intercorrências gestacionais. São sugeridas formas possíveis de abordagem dessas situações que favoreçam a elaboração dos problemas mais emergentes dessa fase de vida da gestante e de seu companheiro,

¹ Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Caixa Postal 6030, 13081-970, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: R. SARMENTO. E-mail: resarmento@uol.com.br

² Serviço de Psicologia, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), Universidade Estadual de Campinas.

oferecendo à equipe de saúde a possibilidade de uma abordagem mais ampla, integrada e gratificante.

Termos de indexação: psicologia, gravidez, humanização do parto, puerpério.

A B S T R A C T

The need to understand the psychological aspects of pregnancy, labor, delivery and post-partum is increasingly recognized as being an important component of reproductive health, especially at a time when efforts are being made in Brazil to humanize delivery. When one can integrate these psychological terms with their clinical practice, a reference for the expansion of health workers' knowledge is created. This article aims to present a brief review of the emotional characteristics associated with pregnancy, labor, delivery and post-partum, as well as the main complications that might occur during gestation. Some possible approaches to these situations are suggested in order to contemplate the most pressing emotional needs of the pregnant woman and her partner, offering to the health care team the opportunity for a more encompassing, integrated and rewarding approach.

Index terms: *psychology, pregnancy, humanizing delivery, puerperium.*

I N T R O D U Ç Ã O

O avanço do conhecimento científico dos fenômenos físicos em Obstetrícia tem proporcionado habilidades fundamentais ao médico, permitindo-lhe a prática de um atendimento que gera, realmente, um estado de confiança maior na paciente. No entanto, as condutas médicas baseadas somente nas habilidades técnicas não são suficientes, pois elas necessitam ser potencializadas, especialmente, por uma compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período grávido-puerperal. O médico deve, portanto, acrescentar à sua habilidade essencial, alguma avaliação de sua paciente como pessoa, com sua história de vida, seus sentimentos e suas ansiedades.

Hoje, os aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério são amplamente reconhecidos; sendo que a maioria dos estudos converge para a idéia de ser esse período um tempo de grandes transformações psíquicas, de onde decorre uma importante transição existencial.

Portanto, o objetivo desta revisão é enumerar alguns desses aspectos emocionais: ansiedades, medos e mudanças nos vínculos afetivos – e sugerir formas possíveis de abordá-los no espaço de interação do profissional com a gestante, visando-se, principalmente, a prevenção, o alívio e a elaboração psíquica dos problemas mais emergentes. Dessa maneira, espera-se que o texto possa trazer elementos que favoreçam o contacto do médico com esses conceitos, ampliando-se assim o seu potencial de prática clínica, podendo tornar-se mais atento e apto a lidar com ansiedades específicas desse período e, conseqüentemente, intensificando-se a humanização na relação com seus pacientes.

O texto está organizado de acordo com os vários períodos do ciclo grávido-puerperal, reunindo-se materiais que compreendem as demandas mais freqüentemente observadas na evolução da gestação, parto e puerpério, destacando-se algumas recomendações advindas e elaboradas a partir de um referencial teórico e da prática profissional dos autores. Reservou-se também um espaço para

reflexões sobre o impacto das intercorrências que podem ameaçar ou interferir no desenvolvimento normal e esperado desse ciclo.

PRIMEIRA CONSULTA DO PRÉ-NATAL

Ao procurar o médico para a primeira consulta de pré-natal, pressupõe-se que a mulher já pôde realizar uma série de elaborações diante do impacto do diagnóstico da gravidez. Nesse momento, de certa maneira, já ocorreram decisões mais conscientes quanto a dar continuidade à gestação. No entanto, existem inseguranças e no primeiro contato com o médico a gestante busca: confirmar sua gravidez; amparo nas suas dúvidas e ansiedades; certificar-se de que tem um bom corpo para gestar; certificar-se de que o bebê está bem; e apoio para seguir nessa "aventura"¹.

Sendo importante nessa fase:

- Reconhecer o estado normal de ambivalência frente à gravidez. Toda gestante quer estar grávida e não quer estar grávida. É um momento em que muitas ansiedades e medos primitivos afloram, daí a necessidade de compreender essa ambivalência sem julgamentos;

- Acolher as dúvidas que surjam na gestante quanto à sua capacidade de gerar um bebê saudável, de vir a ser mãe e desempenhar esse novo papel de forma adequada;

- Reconhecer as condições emocionais dessa gestação: se a gestante tem um companheiro ou está sozinha, se tem outros filhos, se conta com o apoio da família, se teve perdas gestacionais, se desejou conscientemente engravidar e se planejou a gravidez. Enfim, o contexto em que essa gravidez ocorreu, e as repercussões dela na gestante;

- Perceber esse estado de maior vulnerabilidade psíquica da gestante e acolhê-la, sem banalizar suas queixas com o famoso "isso é normal"; Perceber que a gestante encontra-se psiquicamente regredida, buscando uma figura de apoio; assim, o médico fica

muito idealizado e, por isso, passa a ser constantemente procurado e às vezes por dúvidas que possam ser insignificantes para ele, mas terrivelmente ameaçadoras para ela;

- Estabelecer uma relação de confiança e respeito mútuos para que a empatia necessária ocorra e favoreça, por si só, a elaboração de muitas das fantasias da gestante;

- Permitir um espaço para a participação do parceiro na consulta, para que ele possa também envolver-se no processo gravídico-puerperal ativamente, favorecendo um equilíbrio adequado nas novas relações estabelecidas com a vinda de um novo membro da família.

CONSULTAS SUBSEQÜENTES

Dando continuidade ao pré-natal, observam-se ao longo da gestação, algumas ansiedades típicas, ordenadas segundo uma divisão de trimestres. Ressalta-se, no entanto, que essa divisão é para efeito didático, pois o aparecimento dessas ansiedades - embora mais freqüentes em determinados momentos -, não estão necessariamente restritos a eles^{1,2}.

Assim, no primeiro trimestre são freqüentes a ambivalência (querer e não querer a gravidez), o medo de abortar, as oscilações do humor (aumento da irritabilidade), as primeiras modificações corporais e alguns desconfortos: náuseas, sonolência, alterações na mama e cansaço e os desejos e aversões por determinados alimentos. No segundo trimestre a ansiedade é de caráter quanto a introversão e passividade, a alteração do desejo e do desempenho sexual e a alteração do esquema corporal, e a percepção dos movimentos fetais e seu impacto (presença do filho é concretamente sentida). E o terceiro trimestre é caracterizado pelas ansiedades que se intensificam com a proximidade do parto, os temores do parto (medo da dor e da morte) e conseqüentemente há um aumento das queixas físicas.

Assim, neste momento é importante evitar o excesso de tecnicismo, estando atento também para essas características comuns das diferentes etapas da gravidez, criando condições para uma escuta acolhedora, continente, onde os sentimentos bons e ruins possam aparecer. Deve-se observar e respeitar a diferença de significado da ecografia para a mãe e para o médico. Os médicos relacionam a ecografia com a embriologia do feto e os pais com as características e personalidade do filho. Eles necessitam ser guiados e esclarecidos durante o exame pelo especialista e pelo obstetra. É de extrema importância fornecer orientações antecipatórias sobre a evolução da gestação e do parto: contrações, dilatação, perda do tampão mucoso, rompimento da bolsa. Deve, no entanto, evitar informações excessivas, procurando transmitir orientações simples e claras e observar o seu impacto em cada paciente, na sua individualidade. E por último deve preparar a paciente para os procedimentos médicos do pré-parto para aliviar as vivências negativas que causam mais impacto.

PARTO

É um período curto em tempo, mas longo em vivências e expectativas. Algumas das fantasias da gestante em relação ao parto incluem o receio de não reconhecer o trabalho de parto e de não ser capaz de saber quando procurar o médico. A mulher teme a dor; teme não suportá-la, sucumbir a ela, perder o controle. Além do medo da morte, existe o medo de ser dilacerada, de que o bebê ao nascer a rasgue e a destrua na sua feminilidade e genitalidade³. A sensação de não ser capaz de fazer o bebê nascer, ligada à auto-estima da mulher e às suas experiências pessoais ao longo de sua vida e da gestação é uma angústia muito freqüente no momento do parto, pois a paciente encontra-se muito vulnerável. Aparecem desejos e fantasias em relação aos vários tipos de parto, decorrentes da sua história pessoal e dos fatores culturais. Teme procedimentos médicos que possam lhe causar vivências negativas (como tricotomia, lavagem),

além do medo do ambiente hospitalar que lhe é desconhecido e assustador, fora do seu contexto habitual. Existem expectativas quanto ao seu desempenho e à saúde do bebê, no contexto de uma experiência emocionalmente intensa em que permeia um misto de ansiedade e alegria^{1,2,4}.

É importante:

- Ter claro que o desempenho da mulher no parto está fortemente ligado ao preparo dessa gestante ao longo do pré-natal, bem como a sua própria história de vida;

- Saber que o medo do parto sempre vai existir devido à tensão ligada à imprevisibilidade de todo o processo e que isso repercute, necessariamente, sobre a paciente e a equipe;

- Evitar recorrer ao excesso de tecnicismo na tentativa de obter o máximo de controle da situação;

- Orientar a gestante sobre as técnicas de controle da dor – respiração e relaxamento;

- Fortalecer a gestante, ao longo do pré-natal, quanto às suas capacidades de dar à luz, preparando-a para o "parto possível", sem valorizar excessivamente um tipo de parto, pois a frustração da mãe por não ter tido um parto "ideal" pode interferir no vínculo mãe-bebê;

- Esclarecer à mulher a respeito de recursos médicos disponíveis para que se previnam e se evitem situações de dor, desconforto, riscos para a mãe e o bebê (Ex: analgesia, monitoramento fetal, etc.);

- Escutar as fantasias da gestante quanto aos diversos tipos de parto, e numa linguagem apropriada, orientá-la sobre todos os processos, principalmente quando existem distorções a respeito da realidade (Ex: uso de fórceps);

- Deixar claro os limites quanto às decisões a respeito da indicação de um tipo de parto ou outro;

- Descrever a sala de parto, encorajando a gestante a visitar o Centro Obstétrico e, assim, o que era desconhecido e assustador passa a ser conhecido e manejável;

- Acolher o desejo do casal de que o marido possa participar do parto avaliando e orientando essa participação;

- Acolher a criança que nasce: o médico obstetra é o primeiro a receber o bebê, e que essa acolhida seja revestida de significado afetivo e existencial.

PUERPÉRIO

Corresponde a um estado de alteração emocional essencial, provisória, no qual existe uma maior fragilidade psíquica, tal como no bebê, e que por certo grau de identificação, permite às mães ligarem-se intensamente ao recém-nascido, adaptando-se ao contacto com ele e atendendo às suas necessidades básicas. A relação inicial mãe/bebê é ainda pouco estruturada, com o predomínio de uma comunicação não verbal e por isso intensamente emocional e mobilizadora⁵.

Outra característica do período é que a chegada do bebê desperta muitas ansiedades e os sintomas depressivos são comuns. A mulher continua a precisar de amparo e proteção, assim como ao longo da gravidez, e muitas vezes essa necessidade é confundida com depressão patológica. Porém, 70% a 90% das puérperas apresentam um estado depressivo mais brando, transitório, que aparece em geral no terceiro dia do pós-parto e tem duração aproximada de duas semanas, chamado na literatura americana de *Baby blues*. Este está associado às adaptações e perdas vivenciados pela puérpera após o nascimento do bebê¹. Os "lutos" vividos na transição gravidez-maternidade podem incluir a perda do corpo gravídico; o não retorno imediato do corpo original; a separação mãe/bebê; o bebê deixa de ser idealizado e passa a ser vivenciado como um ser real e diferente da mãe; e as necessidades próprias são postergadas em função das necessidades do bebê^{1,2,4}.

A depressão pós-parto propriamente dita - que se manifesta por sintomas tais como: perturbação

do apetite, do sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê - é um fenômeno muito mais raro e, em geral, em mulheres com alguma história pessoal de fragilidade psíquica e pode persistir por várias semanas, necessitando acompanhamento especializado

Com relação à amamentação pode aparecer o medo de ficar eternamente ligada ao bebê; a preocupação com a estética das mamas; "*E se não conseguir atender as suas necessidades?*" "*O meu leite será bom e suficiente?*" e dificuldades iniciais sentidas como incapacitação^{1,3,6}.

Deve ser conhecido ainda o chamado "Puerpério do companheiro": ele pode se sentir participante ativo ou completamente excluído. A ajuda mútua e a compreensão desses estados pode ser fonte de reintegração e reorganização para o casal. Se o casal já tem outros filhos, é bem possível que apareça o ciúme, a sensação de traição, medo do abandono que se traduz em comportamentos agressivos por parte das outras crianças. Há uma necessidade de rearranjos na relação familiar. Também no campo da sexualidade, as alterações são significativas, pois há uma necessidade de reorganização e redirecionamento do desejo sexual, levando-se em conta as exigências do bebê, as mudanças físicas decorrentes do parto e da amamentação¹.

É importante estar atento a sintomas que se configurem como mais desestruturantes e que fogem da adaptação "normal" característica do puerpério, e levar em conta a importância do acompanhamento no pós-parto imediato, na revisão de parto, quando ocorre uma mudança de foco: o bebê passa a ser o centro das atenções e a mulher necessita ainda ser cuidada. A participação do obstetra nesse momento, tratando das questões da retomada do planejamento familiar, pode ser de muito auxílio para a reorganização psíquica dessa mulher, favorecendo inclusive sua vinculação com o bebê.

INTERCORRÊNCIAS

Perda fetal

Aborto espontâneo: corresponde a um acontecimento significativo que não deve ser menosprezado, pois já existe a ligação afetiva da mulher com o embrião, considerado um filho a caminho. Ocorre a interrupção de um processo criativo que tem repercussões importantes a curto, a médio e a longo prazo no organismo feminino e no psiquismo da mulher e do homem. Pode existir o sentimento de incapacidade, esvaziamento e a necessidade de lidar com esses aspectos depressivos. A despeito dos possíveis fatores etiológicos que causaram a perda, observa-se a presença de sentimentos de culpa na mulher e, eventualmente, também no homem. O casal fica ansioso por saber a causa da perda.

Nesta fase o profissional deve compreender a dor existente na perda e não menosprezar esse sentimento, acolhendo-o; não consolar com a possibilidade do sucesso de uma nova gravidez; ficar atento para sinais de descompensação psíquica mais grave; orientar quanto a possíveis exames diagnósticos.

Aborto provocado: é resultante de uma ambivalência que, embora comum a todas as gestações, torna-se muito perturbadora, revestindo a gravidez de um caráter tão persecutório (por fatores internos e/ou externos), que fica impossibilitada de ser levada adiante⁷. Ocorre o uso de mecanismos de defesa intensos para se proteger da dor psíquica (ironia, indiferença). Sempre corresponde a uma decisão difícil e dolorosa e o sentimento de culpa está sempre presente e em alguns casos fica oculto pelo mecanismo de negação. Por isso, o profissional deve atender a paciente sem juízo moral; reconhecer as angústias e dúvidas existentes nessa decisão; orientar a paciente quanto aos métodos seguros de anticoncepção para evitar novos sofrimentos.

Aborto terapêutico (em casos de estupro ou risco materno): Sempre existe conflito nessa decisão,

tanto por parte da gestante como do médico, e a permissão jurídica para a interrupção não necessariamente minimiza o sentimento de culpa. Ocorre idealização do aborto como solução para todos os conflitos e medo de não ser capaz de engravidar novamente.

Neste momento é importante esclarecer sobre os riscos maternos, respeitando a decisão da mulher de interromper ou não a gestação; ter cuidado para não reforçar apenas um dos aspectos da ambivalência; respeitar suas limitações pessoais quanto a ser aquele que executa os procedimentos técnicos.

Interrupção legal (em casos de fetos com malformações graves incompatíveis com a vida extra-uterina): é freqüente que exista uma sensação de incredulidade diante do diagnóstico. Frequentemente ainda ocorre uma busca intensa de possibilidades terapêuticas, mágicas ou religiosas para a reversão do quadro. Existem dificuldades de compreensão das características da malformação e de como ela afeta o bebê e a sensação de estar sendo castigada, de ressentimento, raiva e revolta, enfim, uma sensação de fracasso por ter gerado um bebê imperfeito⁸.

É importante formular um diagnóstico preciso que evidencie essa condição e que este seja apresentado com objetividade, tanto à gestante quanto a sua família; poder refletir sobre as duas possibilidades, igualmente difíceis – interrupção ou levar adiante a gestação; não induzir os pais do conceito a qualquer uma das possibilidades. O casal, diante da inevitabilidade da morte e impossibilidade de qualquer recurso terapêutico é que deve concluir sobre interromper ou não a gestação; orientar e esclarecer sobre todos os aspectos legais e sobre o processo de autorização judicial, orientando a paciente quanto ao processo de indução de parto: internação, parto, ver ou não o bebê, procedimentos pós-morte. O profissional deve falar abertamente sobre o ocorrido no pós-parto imediato, avaliando a condição em que a paciente se encontra e quais foram as repercussões de toda essa experiência em sua vida; encaminhar para uma avaliação de Genética Perinatal para o fechamento do diagnóstico

e aconselhamento genético e antecipar o retorno da gestante na Revisão de Parto, visando ter uma noção mais clara de como está sendo elaborado o luto.

Condições patológicas maternas (diabetes, hipertensão, ICC, HIV, cardiopatias entre outras doenças)

Ocorre uma sensação genérica de se estar fazendo mal ao bebê: personificação da mãe má, com vivências de incapacidade de não ter um corpo adequado para gestar. Corresponderia à confirmação de fantasias destrutivas – fazer mal ao bebê e também ser alvo dos ataques dele. A mulher teme por si e pelo bebê³. É importante poder orientar a paciente sistematicamente a respeito da doença; ressaltar o papel do auto-cuidado da gestante ao longo da gravidez, no sentido do controle da doença; contribuir para que a gestante se torne participante ativa no controle da sua saúde e da saúde de seu bebê; compreender os sentimentos ambivalentes da mãe em relação a essa gestação difícil para que ela possa lidar com a realidade diferente daquela desejada.

Prematuridade – internação do recém-nascido

Todos são pegos de surpresa pelo nascimento antecipado do bebê (paciente, familiares e equipe médica). Para os pais, o bebê é muito diferente do sonhado – feio, fraco, “inacabado”. Conseqüentemente, surgem sentimentos de culpa por estarem assustados, distantes, com medo e com dificuldades em se aproximar do bebê, culpa por não ter podido levar a gestação adiante, de não ser uma mãe capaz. Esse novo papel fica ameaçado. Ocorre desorganização emocional em função da separação precoce e de um processo de gravidez incompleta, que teve como resultado muito sofrimento para a mãe e o bebê⁶. A mãe percebe-se incapaz de cuidar de seu bebê, sofre frustrações ao delegar aos outros esse papel e sente-se ameaçada na sua maternagem ao

ter que postergar os cuidados com seu bebê. A interação com ele nas formas possíveis é que permite a elaboração da sua dor e frustração.

A instabilidade do bebê prematuro desperta na mãe maior insegurança e acentua-se o medo de perdê-lo e de possíveis seqüelas. É uma realidade muito difícil. A fragilidade do recém-nascido mobiliza nos pais sofrimento, angústia e dor, levando-os a entrar em contato com sua própria fragilidade e impotência diante das adversidades. Além disso, a aparelhagem é vista como causadora de sofrimento e dor e não como possibilidade de facilitar a adaptação do bebê ao mundo externo, ao meio aéreo. Os sentimentos depressivos se acentuam, dadas as dificuldades reais, os ajustes necessários e a mobilização psíquica intensa.

Isto posto, o profissional deverá estar atento para perceber os mecanismos psíquicos pelos quais a puérpera está passando, acentuados pela internação do filho e que causam muita angústia para a família como um todo; para orientar claramente o casal, estimulando-os a ver o bebê, interagir com ele, tocá-lo, falar com ele, reconhecendo-o como filho e para acolher as oscilações emocionais do casal, propiciando melhores condições para formação do vínculo afetivo com o bebê, que ficou ameaçada pela separação precoce e a internação.

Malformação fetal. Representa um golpe esmagador para os pais, que atinge frontalmente seus ideais narcísicos, pois o bebê, que representava a culminação de todos os seus esforços, concretizando as suas esperanças para o futuro, vem muito diferente do esperado. Inicialmente a dor é intensa, e o momento é de tristeza e descrença. Instala-se uma crise psíquica, daí a importância do acompanhamento psicológico, como um espaço para elaboração psíquica de uma realidade muito difícil, pois permite-lhes externar suas angústias, medos, fantasias⁸. É importante - tornar o casal participante ativo do processo diagnóstico, com suas etapas necessárias para a compreensão plena do problema. “Conhecer ao máximo o bebê enquanto ele estiver

na barriga para saber o que ele vai precisar ao nascer” .

- Não minimizar a seriedade da condição do feto, permitindo que os pais possam decidir a respeito das questões éticas e jurídicas junto à equipe.

- Encaminhar o casal para interconsulta com a cirurgia pediátrica, neurologia e outras. Acolher suas angústias, medos, fragilidades e orientá-los a compartilhar com a família e os outros filhos a sua dor.

- Fornecer orientações claras quanto ao parto: Via de parto: existe a fantasia de que sempre a cesárea seria a indicação, dado que faria menos mal ao bebê. Poder desmistificar essa idéia, objetivamente; Visita à Neonatologia: colocar o casal de forma mais concreta frente ao futuro imediato do bebê, aliviando muitas das suas ansiedades; De um modo geral, a idéia de um bebê malformado é sempre pior do que a realidade. Dessa forma, ver o bebê real logo após o nascimento é sempre um alívio para os pais que passam a poder lidar com a realidade e não com aquilo que imaginavam, e ficam em condições de valorizar os aspectos saudáveis do seu bebê. A fragilidade do bebê e suas necessidades de cuidados despertam nos pais sentimentos de proteção que estavam adormecidos pelo receio de que o bebê não sobrevivesse.

Morte Fetal: Normalmente representa uma dor terrível para a mãe e a família, com sensação de incredulidade. Frequentemente ocorre a tentativa de buscar culpados: o médico, um problema familiar, suas próprias ansiedades e possíveis sentimentos de rejeição conscientes e/ou inconscientes. Aparece também o sentimento de medo por estar carregando a morte dentro de si e a sensação de persecutoriedade, pelos riscos possíveis e imaginados⁹. De imediato, aparece o desejo de livrar-se logo da morte dentro de si, abreviando o parto. Por outro lado, a angústia de separação definitiva do bebê pode dificultar a indução do trabalho de parto, prolongando-o. Pode ocorrer revolta por ter que passar pelas dores do parto, quando já sofreu tanto. É importante poder acolher a dor, o choro, a incredulidade, deixando a paciente chorar e externalizar a dor;

esclarecer o processo de internação, de indução, a técnica utilizada, o tempo necessário; incentivar a participação ativa da mãe no parto, para que ela se sinta capaz de fazer nascer a criança mesmo nessas circunstâncias difíceis, favorecendo que essa experiência seja o menos dolorida possível; saber se a mulher deseja ver o bebê, encorajando-a a ver, pegá-lo, poder se despedir da criança, para que se possa iniciar o processo de luto pela morte de alguém muito querido; sugerir um possível acompanhamento psicológico ao longo do processo de diagnóstico, indução, nascimento e pós-parto.

REFERÊNCIAS

1. Szejer M, Stewart R. Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
2. Maldonado MTP. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. 4.ed. Petrópolis: Vozes; 1981.
3. Maldonado MT, Canella P. A relação médico-cliente em ginecologia obstetrícia. Rio de Janeiro: Atheneu; 1981.
4. Soifer R. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Porto Alegre: Artes médicas; 1977.
5. Winnicott DW. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes; 1988.
6. Klaus M, Kennell J. A formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
7. Chatel MM. Mal-estar na procriação: as mulheres e a medicina da reprodução. Campo Matêmico; 1995.
8. Setubal MS, Barini R, Zaccaria R, Pinto e Silva JL. Reações psicológicas diante da gravidez complicada por uma malformação fetal. Rev Soc Bras Med Fetal 2001; 7:9-11.
9. Defey D. Duelo por niño que muere antes de nacer. Montevideo: Roca Viva Editorial; 1985. (Publicação Científica CLAP, 1173).

Recebido para publicação em 29 de setembro e aceito 5 em de outubro de 2003.