

O IMPACTO DA INTERRUPÇÃO ESPONTÂNEA DA GRAVIDEZ NA VIDA DA MULHER

Ana Cristina Santos¹

RESUMO

A gravidez é um período de grandes compensações para a mulher, quando decorre até ao fim com sucesso. No entanto, quando por qualquer motivo surge um aborto espontâneo, este, pode ter um efeito devastador na sua vida, além de causar um luto interior por um sonho adiado – um filho. Esta experiência para qualquer casal é uma situação muito dolorosa e causadora de muito sofrimento e dor psicológica, fazendo rever uma série de valores, crenças e comportamentos na vida.

Face ao exposto, torna-se necessário que exista um maior empenho por parte dos profissionais de saúde em fornecer todo o apoio, atenção, carinho e saber respeitar o silêncio da mãe/pai, estabelecendo uma relação terapêutica. Permitindo sempre que possível, a presença constante dos amigos e familiares para proporcionarem toda ajuda, de forma a aliviar os sentimentos de revolta, angústia, culpa e tristeza.

Há também a necessidade dos Enfermeiros Obstetras envolvidos nestas situações de perda, reflectirem sobre a sua prática profissional participando em formações, de forma a possibilitar momentos de reflexão, aprofundamento e discussão sobre as atitudes perante a morte.

ABSTRACT

Pregnancy is a period of great rewards for women, when it runs up to a successful end. However, when for some reason there is a miscarriage this can have a devastating effect on her life. Besides, it may also lead to an inner mourning; it is an adjourned dream – a child. This experience is very painful and causes great suffering and psychological pain for any couple, making a revised set of values, beliefs and behaviors in life.

Given the above, it becomes necessary to have a great group of health professionals to provide all the support, attention, care and learning to respect the mother and father's silence, establishing a therapeutic relationship.

Whenever possible, the constant presence of friends and family should be allowed to provide all help to relieve feelings of anger, grief, guilt and sadness.

Obstetricians Nurses involved in such loss need to reflect on their practice and participate in vocational training to offer moments of reflection, insight and discussion about attitudes towards death.

1 – INTRODUÇÃO

A gravidez é um fenómeno biologicamente normal e um acontecimento excepcional na vida de uma mulher, em que se assiste ao desenvolvimento de uma vida, à medida que vão crescendo, ao longo das semanas de gestação, as competências do embrião e do feto. É, também, uma fase de grandes transformações psicológicas e físicas, que envolvem mudanças e adaptações da grávida, do companheiro e da respectiva família.

No entanto, é uma utopia crer que toda a gravidez planeada e desejada tenha um decorrer e um fim com sucesso,

uma vez que, infelizmente, nem todos os “desastres obstétricos” podem ser antecipados ou evitados, acabando para algumas mulheres, por ser interrompida involuntariamente.

Apesar de ser reconhecido que a mortalidade desde os primeiros dias de vida pode acontecer, nenhuma mulher que engravida está preparada psicologicamente para este facto, pois a morte de um bebé além de ser muito dolorosa e envolver múltiplas perdas, conduz também a um desmoronar de um ideal de vida para os pais projectado na vinda desse filho, uma vez que os sonhos e projectos não se realizam.

A minha trajectória pessoal e profissional levou-me a realizar este artigo de reflexão, para abordar uma temática que para nós enfermeiros especialistas em saúde materna é muito dolorosa e de vivência um pouco difícil, o sofrimento e a dor de uma mulher que tem um aborto espontâneo. Tem como objectivo levar-nos a compreender melhor esta experiência e a reflectir sobre o quanto é importante e significativo a intervenção do enfermeiro perante esta situação.

Início a reflexão fazendo o relato de um testemunho de uma mãe que me marcou pessoalmente, não só pelo facto de o ter vivido intensamente, estando presente nesse momento difícil, mas também porque infelizmente me deparei no meu dia-a-dia com muitas situações idênticas, em que a dor, pela perda de um filho surge para muitas mulheres.

2 – TESTEMUNHO DE UMA MÃE

“Maria” com 30 anos de idade, grávida pela primeira vez, 10 semanas de gestação, deparou-se com uma dor abdominal aguda, corrimento vaginal avermelhado em pequena quantidade, pelo que recorre ao hospital ao Serviço de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia. Foi observada pelo médico e, posteriormente, realizou uma Ecografia Transvaginal. Durante a realização da ecografia, o coração batia apressadamente, e o seu pensamento tentava afastar da mente o que mais podia recear, que o seu bebé não estivesse bem. Olhava ansiosamente para o médico, desejando que a tranquiliza-se, mas esse momento tardava em chegar e os minutos pareciam-lhe horas. Até que o médico, olhando-a nos olhos e fazendo-lhe uma carícia na face, lhe diz “o embrião não apresenta movimentos cardíacos”. “Maria” ao ouvir proferir estas palavras, que ainda hoje recorda, e pensa que jamais esquecerá, sente as lágrimas a correrem-lhe pela face, e não consegue proferir uma só palavra nem realizar qualquer gesto. Durante minu-

¹ EESMO – CHT / V – Viseu.

tos continuava a fixar o médico, pensando, *“diz-me que não é verdade, eu não posso ter perdido o meu bebé, que embora ainda pequenino, já faz parte de mim e do meu companheiro – é o nosso filho”*.

Mas, mais uma vez, o médico reforça o que tinha dito anteriormente acrescentando que, *“provavelmente o embrião teria algum problema, e a natureza teria feito a selecção”*.

No momento em que “Maria” toma contacto com a notícia de aborto precoce fica gelada, desfeita, não conseguindo pensar em mais nada. Porém ela queria ter esperança e pedia ou necessitava de ajuda para intervir na situação de crise. Ela deixa perceber uma expressão de profundo sofrimento que não consegue dissimular. Nesse mesmo dia, horas mais tarde, ela descreve o que lhe aconteceu, mas essa descrição é entrecortada por um choro compulsivo. Refere que após a notícia da perda do bebé as horas passaram rapidamente, e só se recorda de alguns procedimentos que lhe foram prestados pela enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia como: acolhimento, avaliação de sinais vitais, colheita de dados (antecedentes pessoais, obstétricos, etc.) e de uma palavra de consolo. Fica internada no serviço de Obstetrícia, para iniciar o tratamento para a expulsão do produto da concepção.

Passadas algumas horas após o início do tratamento, “Maria” começou a sentir as dores físicas, devido às contracções do útero, dores que se vêm juntar à dor psicológica ou existencial causada pela perda do filho, tornando-se o sofrimento insuportável. Mas, graças ao carinho e profissionalismo dos enfermeiros, as dores físicas foram aliviadas com a administração de analgésicos e restabelecido o conforto físico. A dor causada pela perda, essa infelizmente ainda permanecia no seu íntimo e na sua mente.

“Maria” ao segundo dia de internamento mostrava-se ainda deprimida e com um choro fácil e continuado, deixando progressivamente transparecer os sentimentos de culpa e a revolta que sentia pela perda do filho. O aborto espontâneo é sentido por ela como uma dupla injustiça. Se, por um lado, se sente vítima dessa “injustiça do destino”, relativamente à qual se revolta, por outro, atribui a si própria a responsabilidade pela perda do seu bebé. Está, terrivelmente desiludida *“afinal não vai poder ter o seu filho nos braços”* para acariciar e amamentar.

Com o passar das horas “Maria” começa a sentir-se um pouco mais tranquila, aliviada do sofrimento que sente, e quando questionada sobre a situação porque passou, refere sentir-se triste, deprimida e ter vontade de chorar quando se lembra que perdeu o seu filho, tão desejado e esperado, sem poder ter feito nada perante tal situação.

Ao terceiro dia de internamento, após ter expulsado o embrião e os restos ovulares, e se encontrar clinicamente estável, tem alta hospitalar, sente-se melhor mas é visível ainda a impossibilidade que ela e o seu companheiro continuam a sentir em falarem conjuntamente sobre a perda e do sofrimento que isso lhes tem provocado. “Maria” continua a inibir e a controlar a expressão de sentimentos dolorosos frente

ao companheiro e à sua família, e a manifestar alguma dificuldade em integrar essa realidade. Expressa a dor e alguma revolta que sente, face às outras mães que acabam de ter os seus bebés saudáveis e pensa que poderia também ter o dela, se a gravidez tivesse decorrido sem qualquer problema até ao fim da gestação.

Mas “Maria” para consolo e esperança para a sua dor, projecta a possibilidade de engravidar novamente e poder realizar o sonho de ser mãe.

Passados alguns meses após a situação de abortamento, em “Maria” é nítida alguma capacidade de assimilar a realidade da perda do filho, embora isso ainda lhe seja, em certa medida, doloroso e se mostre ainda inconformada com a perda sentida como irreparável.

Após um ano, “Maria” concretiza o sonho de ser mãe, e é com grande emoção que embala, alimenta e abraça o filho tão desejado.

3 – REFLECTINDO SOBRE A EXPERIÊNCIA DO ABORTO ESPONTÂNEO

Nos nossos dias, infelizmente, é muito frequente acontecerem situações como a que foi vivida por “Maria”, uma vez que o aborto espontâneo é uma experiência que pode atingir mulheres grávidas de todas as idades, que ocorre naturalmente, repentina e inesperadamente nas primeiras doze semanas de gravidez e que têm como principais causas as genéticas e hormonais, de acordo com o presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, Dr. João Silva Carvalho.

Muitas dessas situações são sentidas como experiências dramáticas pelos casais com impacto na relação entre ambos, deteriorando a união e com consequências irreparáveis nas suas vidas. Acontece que há experiências que acabam até por fortalecer a relação entre o casal, favorecendo um amadurecimento e crescimento interior, minimizando assim os sentimentos de culpa ou ressentimento resultantes da perda de um bebé. Assim, nem todas as experiências de aborto precoce são traumáticas, embora possam ser potencialmente traumatizantes, dependendo segundo Canavarro (2001), de alguns factores como o grau de ligação materno-fetal, o carácter repentino e inesperado do acontecimento e sobretudo o significado dado à experiência.

Para a maioria das mulheres o aborto espontâneo raramente é um acontecimento comum e banal, reagindo muitas delas à perda com demasiada culpa ou, pelo contrário, negando e tentando em vão esquecer, uma vez que a morte de um bebé, mesmo que seja um bebé que não se chegou a conhecer é muito difícil de aceitar, pois ele representa o início da vida e não o término.

Segundo Sena (2003), os problemas decorrentes do aborto referem-se mais ao domínio psicológico, e nesse âmbito, o aborto no primeiro trimestre causa mais perturbações do que o aborto tardio, porque a mulher não vê o produto da concepção, não existindo assim “um corpo para chorar”. A

recuperação física ocorre mais facilmente e sem intercorrências, na maioria das vezes.

O aborto espontâneo faz assim sofrer física e emocionalmente qualquer mulher/casal e como tal pode causar consequências psicológicas graves, negativas e depressivas e desencadear disfunções relacionais, que podem surgir de forma mais ou menos clara, camuflada, tornando-se a perda de um filho uma situação muito dolorosa, e causadora de muita dor ou sofrimento. São frequentes sentimentos de revolta, culpa, tristeza, angústia, e em situações mais graves à depressão pós-aborto e isolamento, afectando na maioria das vezes a auto-estima da mulher (Machado, 2010). Ao lado das manifestações verbais dos sentimentos, considera-se ainda outras formas de expressão não verbais que se revestem de importância primordial em situações de sofrimento, como sejam o choro silencioso e os momentos de silêncio. Todavia existem mulheres que não manifestam a sua dor explicitamente, através do choro ou expressões de tristeza, contudo não significa que para elas o aborto não se apresente como uma experiência de pesar, nesse sentido, deve ser respeitado o seu silêncio.

As reacções negativas face ao aborto serão assim, tanto mais intensas e dolorosas, quanto mais desejada é a gravidez e como tal alvo de grande investimento emocional (Machado, 2010). Pois antes de nascer, um bebé já nasceu na imaginação dos pais, apesar de ser desconhecido deles. Pensam no seu sexo, nas feições, nas expressões e na relação que vão ter com ele, nascendo assim um vínculo que tende a durar ao longo da vida. Este processo Soulé (1987) designa por “bebé imaginário”, e nestas circunstâncias, viabiliza o que poderemos chamar “vinculação intra-uterina”, que se irá condensar, após o nascimento, na filiação.

Na mulher e no homem a nível do inconsciente, ao desejo de um filho encontramos associados sentimentos de imortalidade, de perpetuação da vida, de perpetuação de nós através dos tempos, e em novas gerações (Sá & Cunha, 1996). Na opinião dos mesmos autores quando por qualquer motivo a gravidez não decorre até ao fim, surge um impacto traumático que o diagnóstico de aborto pode causar, associando-o à impossibilidade do casal vir a ter um filho. Sendo sempre sentida como uma perda, a morte desse filho e sê-lo-á tanto mais, quanto mais intensa é a relação afectiva que se estabeleceu com ele, exigindo um doloroso trabalho de luto que permita aos pais adaptar-se à cruel realidade da separação física definitiva (Cordeiro, 1987).

Importa salientar que o processo de luto é um trabalho pessoal de adaptação à perda, que deve ser experimentado de forma natural pela pessoa, contribuindo para a redução do stress, favorecendo a aceitação e a elaboração da perda, e com isso, evitar complicações patológicas. É ainda na opinião de Corr, Nabe & Corr (1994) cit. in Canavarro (2001), uma experiência profunda e dolorosa, que implica sofrimento, mas também a capacidade de encontrar alguma esperança, conforto e alternativas de vida significativa.

O processo de luto ocorre através de fases que, podem variar de pessoa para pessoa e nesta linha de pensamento Ma-

tos (2002), defende que podemos distinguir três fases fundamentais do processo de desligamento do objecto de amor perdido: o período de auto-agressividade, ditado por sentimentos de culpa, a fase de reacção paranóide, numa busca de encontro de eventuais responsáveis ou circunstâncias adversas e a ressurgência da expansividade pessoal com orientação da agressividade para o objecto perdido. Segundo Sanders (1989), cit. in Bobak, Lowdermilk, Jensen (1999), este processo pode durar dias, meses ou anos, a intensidade e duração das reacções de luto dependem de vários factores: percepção da perda, idade da mulher, crenças religiosas, capacidade pessoal de lidar com a perda, sistemas de suporte disponíveis e alteração que a perda causou na sua vida.

Para Canavarro (2001), habitualmente o processo de luto, no caso de uma perda precoce por morte, tem a duração de cerca de um ano, se não decorrer esse espaço de tempo entre a anterior e a nova gravidez o trabalho de luto pode ficar comprometido. Assim, quando a mulher não consegue vivenciar o luto, este processo segundo a mesma autora, pode-se complicar ao ponto de deixar de ser normal e saudável, impondo sérios riscos para a saúde física e psicológica da mulher. Acabando por desenvolver o que Parkes (1995) denomina por “luto complicado”, podendo vir a necessitar de ajuda psicoterapêutica para lidar com seus sentimentos e reorganizar a sua vida.

Os movimentos evolutivos do trabalho de luto pelo filho desejado, mas não concebido, podem permitir ao casal imaginar uma nova gravidez e o nascimento do filho que desejam (Sá & Cunha, 1996). Evidenciando este projecto de uma nova gravidez na busca de um novo sentido de vida para estes pais (Pereira & Sousa, 2009).

São vários os autores que revelam a eventual influência positiva de uma gravidez futura e bem sucedida no modo como se processa o luto por um filho perdido. Assim, uma gravidez de substituição, embora inicialmente sirva propósitos de manutenção da denegação da morte de um filho, poderá ser uma oportunidade única para elaboração deste luto, na medida em que os processos de separação e diferenciação do filho actual relativamente à imagem idealizada do filho falecido não permitem que esta idealização se perpetue (Lopes, cit. in Sá, 1997). Verificamos desta forma que uma gravidez subsequente à morte de um filho, se bem que possa implicar, num primeiro momento, o risco de que o luto não seja elaborado, constitui, normalmente, um meio de promover a sua elaboração (Sá, 1997).

Além disso, o contrário também pode acontecer, um aborto comprometer a elaboração do luto, na medida em que confirma o medo materno de repetição da morte, assim como concede um suporte acrescido às fantasias maternas, que acompanham os sentimentos de desvalorização, segundo as quais foi ela própria que matou o filho por não ter conseguido preservá-lo da morte (Lopes, cit. in Sá 1997). Igualmente “a existência de uma perda anterior com um processo de luto não completamente desenvolvido constitui um factor de risco para o desenvolvimento adaptativo de uma

futura gravidez e de um futuro relacionamento mãe-bebé” (Canavarro, 2001, p. 280).

Neste contexto, importa referir que um casal nunca mais será o mesmo depois de terem passado por uma experiência de aborto espontâneo, nunca a esquecerão, e permanecerá para sempre nas suas memórias, podendo ocorrer o Luto Agridoce (recordar a perda do bebé em momentos especiais, mês e ano em que ocorreu a perda, etc.), termo definido por Kowalski (1984), cit. in Bobak, Lowdermilk, Jensen (1999).

Face ao exposto há que não esquecer que o tempo pode ajudar, na realidade, a cicatrizar a dor da perda de um filho, mas há feridas, que permanecem por toda a vida, indo-se apreendendo a vê-la de forma diferente à medida que o tempo passa. É no fundo aprender a sobreviver emocionalmente.

4 – OS ENFERMEIROS OBSTETRAS PERANTE A PERDA DE UM BEBÉ

A gravidez representa, para uma mulher, um período de grandes compensações no seu amor-próprio que são vividas sobre o bebé (Sá, 1997). Quando por qualquer motivo ocorre um aborto espontâneo, a mãe fica impossibilitada de viver o momento do parto como um dos únicos momentos da vida em que a realidade transcende o sonho: o bebé real dá lugar ao bebé imaginário (Sá & Cunha, 1996). Perante a perda de algo tão precioso como um bebé, cabe aos profissionais de saúde, em particular aos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia ajudar os pais no processo de elaboração da perda e luto.

Pode acontecer em algumas situações que a mulher possa sentir por parte dos enfermeiros um certo distanciamento relativamente à sua situação, o que não deve ser mal interpretado, pois, para alguns profissionais de saúde a perda do bebé, pode ser justificada pelo facto de alguns verem uma gravidez precoce como uma união de células; outros visualizarem um bebé e ainda outros estarem preocupados com os riscos resultantes da situação de aborto espontâneo.

Porque somos pessoas, que trabalhamos e interagimos com pessoas, quando cuidamos da mulher que por infortúnio do destino perdeu a sua gravidez, devemos ter a preocupação de estabelecer uma abordagem psicológica e relacional, tentando cruzar os nossos próprios valores e crenças com os dela sem deixar que os nossos interfiram, para assim a podermos ajudar de uma forma mais esclarecida e eficaz, a ultrapassar as dificuldades e necessidades sentidas no momento.

Torna-se ainda relevante o conhecimento relativo às diferentes religiões e suas concepções a respeito da vida, da morte e, sobretudo, em relação ao significado que os pais e familiares atribuem ao aborto espontâneo. A sensibilidade dos enfermeiros para estes aspectos e a demonstração de disponibilidade para a dádiva de apoio são importantes na elaboração da dor da perda e todo o processo de cuidar. Uma vez que frequentemente, o sentimento de perda que está presente na experiência do aborto pode ser potencializado

pela pouca sensibilidade face aos sentimentos e necessidades por parte dos profissionais dos serviços de saúde. Muitas vezes por falta de preparação relativamente a conteúdos que envolvem o sofrimento, a perda, a morte, durante o percurso académico e profissional.

Havendo assim a necessidade dos enfermeiros envolvidos nestas situações de perda precoce reflectirem sobre a sua prática profissional participando em formações, de forma a possibilitar momentos de reflexão, aprofundamento e discussão sobre as atitudes perante a morte, tanto em âmbito pessoal como profissional.

Durante o acompanhamento efectuado à mulher seria importante avaliar o modo como esta, está a enfrentar a situação de interrupção espontânea da gravidez, durante o internamento na instituição e após a alta hospitalar, para desta forma se ter conhecimento do evoluir do equilíbrio psicológico, pois o aborto espontâneo quer seja um acontecimento isolado ou recorrente, causa na mulher várias reacções. Para tal, os enfermeiros deveriam usar todos os seus conhecimentos, habilidades e atitudes para prevenir os efeitos secundários graves de ordem psíquica que possam resultar de uma situação de perda, de forma a evitar que, numa próxima gravidez, a criança condense o luto pela criança imaginária que não nasceu. Deveriam ainda identificar e providenciar o encaminhamento adequado da mulher, se apresentar sintomatologia traumática.

Após uma situação de aborto espontâneo é frequente segundo Beard (1989), que os pais pretendam obter uma explicação por parte da equipa multidisciplinar, particularmente se a gravidez era muito desejada, ou conhecida desde o seu início. Desejam ainda, segundo a mesma autora ver esclarecidas algumas dúvidas ou receios como sejam a existência de alguma situação patológica preexistente que possa ter influenciado o resultado da concepção ou terem realizado algo antes ou durante a gravidez que tivesse causado a morte. A incerteza e a má interpretação da situação são também frequentes uma vez que as circunstâncias e as causas de morte são muitas vezes desconhecidas para a maioria dos casais. Face ao exposto torna-se necessário que os enfermeiros estejam preparados, e arranjam estratégias, para saber informar e responder a todas as perguntas, bem como ajudar na tomada de decisão, apoiando estes pais.

Segundo Pereira & Sousa (2009), a ausência de um acompanhamento dos profissionais de saúde, após a alta hospitalar é motivo de insatisfação de muitos pais que passam por uma situação de gravidez interrompida espontaneamente, pelo que se torna então importante e significativo, segundo a opinião de Pereira (2010), a humanização dos cuidados de saúde, permitindo a criação de espaços específicos para ouvir estas mulheres e para actuar eficazmente sobre esta forma de sofrimento tão particular. Fomentando assim, um grupo de apoio, onde se considere a questão do luto dos pais, e se realize um acompanhamento multidisciplinar. A este grupo todas as mulheres poderiam recorrer sempre que precisassem de apoio emocional, ou simplesmente para ex-

pressarem abertamente os seus sentimentos negativos que vão surgindo, e acima de tudo que entendessem que não estão sozinhas na sua dor. Pois estas mulheres nunca esquecem o seu bebé, ao longo da sua vida, mas se ajudadas a partilhar e a expressar o seu luto, podem recordá-lo com menos sofrimento.

5 – CONCLUSÃO

A perda de um filho por morte pode ter um efeito devastador na mulher/casal e família, podendo até ter um impacto destrutivo nas suas vidas, causando transtornos na relação conjugal, nas gestações seguintes e em outros aspectos.

Os enfermeiros obstetras devem intervir de forma a ajudar a mãe/pai e restante família a adaptarem-se à sua nova situação, estabelecendo uma relação ajuda. Se o conseguirem, por certo todo o processo de ajuda foi conseguido, e consequentemente a resolução da perturbação psicológica gerada pela situação de perda facilitada.

Pelo testemunho descrito pode-se concluir que algumas mulheres que passam por um processo de interrupção espontânea da gravidez são afectadas a nível psicológico e precisam de ter a oportunidade de expressar seus medos, incertezas e conflitos, elaborando as suas próprias perdas, de forma a conseguirem falar e pensar no seu bebé com menos sofrimento.

6 – BIBLIOGRAFIA

- Beard, Patricia (1989). Quando a vida termina antes de ter começado. *Nursing*, Nº 18. Julho, p. 09-12.
- Bobak, Irene M.; Lowdermilk, Deitra L.; Jensen, Margaret (1999) - Enfermagem na maternidade. 4ª ed. Loures: Lusociência.
- Canavarro, Maria Cristina (2001) - Psicologia da Gravidez e da Maternidade. 4ª ed. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cordeiro, J. Dias (1987) - A saúde mental e a vida. 2ª ed. Lisboa. Edições Salamandra, Lda.
- Machado, Raquel (2010) - Aborto e auto-estima. [em linha] [Consultado 19/04/2010]. Disponível em <http://www.médicosdeportugal.iol.htm>
- Matos, António Coimbra (2002) - O Desespero: aquém da depressão. 1ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores, Lda.
- Parkes, C. M. (1995) - Guidelines for Conducting Ethical Bereavement Research, *Death Studies*, vol. 19, p. 171-181.
- Pereira, M. Graça & Sousa, Lucília (2009) - O impacto da interrupção da gravidez por malformação congénita: perspectiva do pai. *Revista Psicologia, saúde & doenças*, 10 (1), p. 31-47.
- Pereira, Sónia (2010) - Sequelas psicológicas do aborto espontâneo. [em linha] [Consultado 19/04/2010]. Disponível em <http://www.consultório-psicologia.com.htm>
- Sá, Eduardo & Cunha, Maria João (1996) - Abandono e adopção – o nascimento da família. Coimbra. Edições Globo, Lda.
- Sá, Eduardo (1997). A maternidade e o bebé. Lisboa. Edições Fim de Século, p. 73-90.
- Sena, Nilza Mouzinho (2003) - Quando a esperança dá lugar à desilusão. *Revista Medicina e Saúde*. Ano 6. Nº 63. Janeiro, p. 82-84.
- Soulé, M. (1978) - *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*. Ed. ESF, Paris.