

Avaliação e Intervenção Psicológica na Perda Gestacional

Bárbara Nazaré¹, Ana Fonseca², Anabela Araújo Pedrosa³ & Maria Cristina Canavarro⁴

Resumo

A perda gestacional constitui um acontecimento potencialmente traumático, devido ao seu carácter normalmente inesperado e imprevisível. Ao processo de luto subsequente a este evento estão subjacentes algumas tarefas (nomeadamente, a aceitação da morte e a expressão emocional da dor que lhe está associada), existindo um conjunto variado de manifestações emocionais, cognitivas, comportamentais e fisiológicas que constituem reacções esperadas face às circunstâncias. Embora apenas uma minoria dos casos que se confronta com uma perda gestacional desenvolva psicossintomatologia clinicamente significativa, os profissionais de saúde mental podem ter um papel relevante na promoção da aceitação da perda e da expressão emocional, bem como na integração deste acontecimento. O presente trabalho debruça-se sobre as especificidades da vivência do luto perante uma situação de perda gestacional, salientando os diversos parâmetros que devem ser alvo de avaliação clínica cuidada e propondo estratégias terapêuticas específicas para cada um dos principais objectivos da intervenção clínica.

Palavras-Chave: Perda Gestacional, Avaliação, Intervenção, Luto.

Evaluation and Psychological Intervention in Pregnancy loss

Abstract

Pregnancy loss, due to frequently being unexpected and unpredictable, is a potentially traumatic event. The subsequent grief process is characterized by some tasks (namely, accepting the death and expressing the associated feelings), and there is a group of emotional, cognitive, behavioral and physiologic symptoms which are expected to occur, considering the circumstances. Although only a small percentage of couples dealing with a pregnancy loss will show clinically significant psychosymptomatology, mental health professionals may have a relevant role in promoting the acceptance of the loss and the emotional expression, as well as the integration of this event. The present work focuses the specificities of grief experience due to pregnancy loss, pointing out the factors which should be carefully assessed and presenting specific therapeutic strategies for each of the main goals of clinical intervention.

Key-Words: Pregnancy Loss, Assessment, Intervention, Grief.

¹Doutoranda em Psicologia da Saúde da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Colaboradora da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos, Hospitais da Universidade de Coimbra.

²Doutoranda em Psicologia Clínica da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Colaboradora da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos, Hospitais da Universidade de Coimbra.

³Psicóloga Clínica da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos, Hospitais da Universidade de Coimbra. Doutoranda em Psicologia da Saúde da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

⁴Professora Associada com Agregação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coordenadora da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos, Hospitais da Universidade de Coimbra.

1. Introdução

A designação *perda gestacional* abrange um conjunto de situações de perda que podem verificar-se ao longo da gestação ou após o parto, englobando o aborto espontâneo, a morte fetal (nado-morto), a morte neonatal, a interrupção médica da gravidez, a interrupção voluntária da gravidez e o diagnóstico de anomalias congénitas no feto/bebé (Public Health Agency of Canada, 2000).

A Organização Mundial de Saúde distingue as perdas que se verificam antes da expulsão ou extração do bebé do corpo da mãe, independentemente da idade gestacional (sendo que a *morte intrauterina* pode ocorrer antes do início ou já durante o trabalho de parto) das que ocorrem já após o nascimento – constituindo, até ao 7º dia após o parto, uma *morte neonatal precoce* e, entre o 7º e o 27º dia posteriores ao parto, uma *morte neonatal tardia*. As perdas ocorridas nestes dois períodos (antes e após nascimento) reflectem causas diferenciadas: enquanto as mortes fetais se associam com mais frequência a complicações obstétricas ou do parto, a problemas de saúde maternos ou, numa percentagem significativa dos casos, a uma causa que não chega a ser identificada, a morte que ocorre após o parto deve-se principalmente a malformações graves, prematuridade, complicações obstétricas ou durante o parto, dificuldades de adaptação à vida extrauterina e infecções resultantes de práticas erradas após o parto (World Health Organization, 2006).

Os dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (2009) permitem concluir que, nos últimos anos, se tem verificado em Portugal uma diminuição gradual e consistente no número de mortes de fetos/bebés verificadas entre as 28 semanas de gestação e os primeiros 7 dias após o nascimento. Em 2008, esta situação verificou-se, em média, 4 vezes por cada 1000 partos (incluindo nados vivos e óbitos fetais de 28 ou mais semanas).

A ocorrência deste tipo de perdas é, na grande maioria das vezes, inesperada e imprevisível, verificando-se com frequência no contexto de uma gravidez sem intercorrências (Brownlee & Oikonen, 2004). Estas características contribuem para aumentar o choque sentido pelos pais perante a notícia da morte do bebé, acentuando a dificuldade destes em aceitar este evento, pois o seu carácter súbito impede que os membros da família se preparem emocionalmente e mobilizem os seus recursos e estratégias de *coping* (Callister, 2006). Face a isto, a perda gestacional pode constituir-se como um acontecimento potencialmente traumático, induzindo reacções intensas de psicossomatologia que, quando particularmente acentuadas, podem requerer atenção clínica (Rolim & Canavarró, 2001). Neste trabalho, descreveremos brevemente o processo de luto do casal, identificando as principais manifestações a ele associadas, bem como as tarefas que lhe estão inerentes. Posteriormente, serão apresentados os principais objectivos da intervenção psicológica neste âmbito, sendo mencionadas as áreas a avaliar e sugeridas algumas estratégias de intervenção, consideradas eficazes, a utilizar.

2. O luto por perda gestacional

O luto corresponde a um conjunto variado de sentimentos e comportamentos que normalmente se verificam após uma perda e, para a pessoa que a sofre, confrontar-se com ela e encarar o mundo diferente em que terá agora de viver, são etapas necessárias para que o processo de luto seja bem-sucedido (Worden, 2003). Worden propõe a existência de quatro tarefas que a pessoa em luto deve resolver, de forma a concluir este processo de forma adaptativa. Em primeiro lugar, é necessário *aceitar a realidade da perda*, ultrapassando a tendência inicial de negar este acontecimento doloroso. Subsequentemente, o indivíduo necessita de *reconhecer e lidar com a sua dor*, caso contrário esta manifestar-se-á através de outros sintomas, nomeadamente somáticos. No caso específico da perda gestacional, a falta de reconhecimento, por parte da rede de apoio, da intensidade do sofrimento inerente à perda pode levar os seus membros a transmitir ao casal a mensagem de que o luto é desnecessário, dificultando a concretização desta tarefa (Public Health Agency of Canada, 2000). De seguida, o sujeito precisa de *fazer ajustamentos a diversos níveis* atingidos pela perda: externos (relativos ao funcionamento da pessoa no seu dia-a-dia), internos (referentes à identidade da pessoa e aos diversos papéis que assume, nomeadamente o de mãe e pai que, na ausência de mais filhos, a pessoa pode não saber se continua ou não a cumprir) e espirituais (envolvendo as crenças, valores e assunções da pessoa). Por fim, o processo de luto fica concluído quando a pessoa é capaz de *integrar emocionalmente a perda* e, assim, prosseguir a sua vida. Isto não implica abdicar da relação com o bebé, mas sim geri-la de uma maneira que permita que os pais continuem a sua vida após a perda.

A perda gestacional engloba, para além do sofrimento pela morte do bebé que o casal planeou e desejou, perdas secundárias adicionais que intensificam o sentimento de luto: mudanças na estrutura familiar planeada, devido à ausência de um dos seus membros; uma oportunidade de exercer a parentalidade; estatuto ou identidade social (por exemplo, inclusão ou exclusão no grupo de amigos com filhos); expectativas e sonhos em relação à gravidez e à vida em geral; o sentimento de segurança e controlo em relação à vida; auto-estima e crença de controlo no corpo (Callister, 2006; Heustis & Jenkins, 2005). Este tipo de perda constitui um acontecimento particularmente exigente, na medida em que diz respeito a uma relação que envolve apenas os pais do bebé e que está assente não em memórias do passado, mas sim em expectativas de futuro (Fonseca, 2008). Para além disso, pode constituir a primeira experiência de luto dos pais do bebé, atendendo à sua idade jovem, afectando simultaneamente ambos os membros da díade conjugal, o que compromete a sua capacidade de apoio mútuo (Kavanaugh & Wheeler, 2003; Lang, Goulet, & Amsel, 2004). A inexistência de rituais sociais associados à morte de um bebé (por exemplo, funeral), a desinformação dos membros da rede social acerca de como apoiar o casal face à situação e a desvalorização do evento, considerado pela sociedade como menos significativo do que a morte de uma criança mais velha ou de um adulto, acentuam a falta de recursos com o que o casal se pode defrontar nestas circunstâncias, influenciando a sua capacidade para lidar com o acontecimento (Brownlee & Oikonen, 2004; Rolim & Canavarro, 2001). Por fim, o facto de a perda entrar em conflito com as crenças mais básicas das pessoas, con-

trariando a ordem natural do ciclo de vida (os mais velhos devem morrer primeiro do que os mais novos) e a assunção de que a vida tem um sentido e uma finalidade, torna ainda mais difícil a tarefa de aceitação da morte do bebé (Rolim & Canavarro, 2001).

A panóplia de reacções subsequentes a uma perda é habitualmente conceptualizada em quatro categorias: manifestações emocionais, cognitivas, comportamentais e fisiológicas (Callister, 2006; Fonseca, 2008; Kavanaugh & Wheeler, 2003). Estes diferentes tipos de sintomas, mais intensos nos primeiros meses após a perda, desenvolvem-se de forma idiossincrática, no que diz respeito à sua diversidade e intensidade, sendo notória a variabilidade interindividual verificada a este nível (Fonseca, 2008; Kavanaugh & Wheeler, 2003). Apesar disto, é possível identificar, em cada uma destas áreas, aquelas que constituem as manifestações mais frequentes. A nível emocional, destacam-se os sentimentos de tristeza, solidão, culpa, raiva, irritabilidade, vazio, ansiedade, choque, desespero, desamparo, desilusão, desesperança, inadequação e fracasso. Cognitivamente, baixa auto-estima, confusão, dificuldades de concentração, falta de memória e pensamentos que traduzem preocupação com o bebé, constituem os sintomas mais referidos. Na dimensão comportamental, é mais notória a presença de agitação, fadiga, choro, isolamento e a tendência para procurar ou, opostamente, evitar estímulos associados ao bebé. Por fim, as sensações somáticas mais vezes citadas prendem-se com aperto no peito, nó na garganta, dificuldade em respirar, palpitações, tensão muscular, náuseas, dormência, falta de energia, insónia e pesadelos (Callister, 2006; Fonseca, 2008; Kavanaugh & Wheeler, 2003).

Os estudos indicam que, de forma geral, a mãe tende a demonstrar mais emoção e a viver um período de luto agudo mais intenso e com maior número de manifestações. Tal deve-se, por um lado, ao facto de a mulher poder estar mais ligada ao bebé, sobretudo quando a perda ocorre nos primeiros meses de gravidez e, por outro, à sobrecarga adicional de vivenciar fisicamente a perda. Sendo a pessoa que carrega o bebé, a mãe pode manifestar maior sentimento de culpa em relação à perda, sentindo-se por vezes responsável por este desfecho, particularmente quando não é possível identificar uma causa médica para a perda. Já o pai apresenta tendencialmente uma resposta de luto mais controlada e com menos sinais externos, por sentir a necessidade de “ser forte” e “tomar conta” da esposa. Normalmente, o homem retoma com maior rapidez as rotinas diárias e os compromissos profissionais (Callister, 2006; Heustis & Jenkins, 2005). Face a estas disparidades entre géneros na vivência do luto (designadas por *luto incongruente*), a perda gestacional pode constituir uma pressão acrescida para a relação conjugal (Badenhorst & Hughes, 2007; Callister, 2006).

A maioria dos autores aponta como referência para definir o período normal de ajustamento à perda os doze meses após a morte. No entanto, verificam-se opiniões mais flexíveis, que sugerem limites temporais variáveis entre os 14 e os 24 meses subsequentes à perda. Torna-se essencial evitar a tendência de dicotomizar as reacções de luto como normais *versus* patológicas, favorecendo preferencialmente uma perspectiva que conceptualize estas manifestações num *continuum*. Importa salientar que, apesar disso, os di-

versos estudos realizados nesta área apontam prevalências de cerca de 10-15% de reacções maternas consideradas extremas, preenchendo critérios para atribuição de um diagnóstico de perturbação de humor (Fonseca, 2008; Kavanaugh & Wheeler, 2003).

Rolim e Canavarro (2001) salientam alguns dos factores que influenciam a reacção emocional à perda, organizando-os em três áreas: variáveis associadas aos pais; variáveis associadas ao bebé; e variáveis relacionadas com a rede de apoio. No que respeita à primeira categoria, é de salientar, a nível individual, o papel de factores como a idade, as características de personalidade, as crenças religiosas, a história de psicopatologia prévia e a história de aprendizagens prévias. No domínio relacional, destaca-se o relacionamento entre o pai e a mãe, bem como a ligação ao bebé (associada a factores como a motivação e o desejo de ter um filho, a duração da gestação e a (in)existência de perdas anteriores). Quanto às características do bebé, assumem relevo a natureza e a gravidade dos problemas médicos (se identificados), o tipo e a duração do tratamento, bem como o prognóstico (quando aplicável), o peso e a idade gestacional. Finalmente, o apoio familiar e social disponível, o tipo de relacionamento com a família alargada e as atitudes dos profissionais de saúde assumem-se como os factores com maior relevância ao nível da rede social.

3. O papel do psicólogo na perda gestacional

Ao contactar com um casal que experiencie uma perda gestacional, a primeira tarefa do psicólogo passa por proceder a uma avaliação cuidadosa dos diferentes domínios de vida de cada um dos progenitores. No domínio *individual*, é necessário identificar o ponto do processo de luto em que se encontra a família, bem como conhecer a experiência anterior dos pais relativamente a situações de perda e a sua forma habitual de gerir situações de crise. Tratando-se de uma das variáveis com maior peso na determinação da reacção à perda actual, a história psiquiátrica prévia constitui um dos parâmetros mais importantes a avaliar, assim como as características de personalidade de cada membro do casal. No que respeita às variáveis directamente associadas à perda, são de salientar as significações atribuídas à gravidez, a ligação emocional ao bebé e as possíveis diferenças na forma como o casal lida com este acontecimento. No domínio *familiar e cultural*, assumem particular relevo as relações interpessoais entre os diversos membros (entre o casal, com os outros filhos e com a família de origem), o sistema de apoio familiar, os recursos sociais, profissionais e financeiros disponíveis e as práticas culturais e religiosas adoptadas pelo casal. No domínio *físico*, interessa ter em conta a história médica e reprodutiva do casal, o estado de saúde da mãe após o parto, a medicação que lhe é prescrita e a existência de problemas que possam afectar futuramente a sua capacidade reprodutiva. Por último, no domínio *espiritual*, deve ser avaliado aquilo que dá sentido à vida para o casal, o tipo de fé que professa, o significado que associa à perda e os factores a que a atribui (Public Health Agency of Canada, 2000; Rolim & Canavarro, 2001).

No processo de avaliação, é igualmente necessário ter em conta um conjunto de sintomas que Kavanaugh & Wheeler (2003) consideram exigir atenção clínica particular e urgente. A nível *físico e comporta-*

mental, são preocupantes sinais como perda ou ganho de peso acentuado, incapacidade de iniciar ou manter actividades da vida diária e abuso de álcool ou de substâncias que alteram o estado de humor. A nível *emocional*, sintomas de ansiedade ou depressão que interfiram no funcionamento pessoal ou social, ideação suicida e respostas emocionais desadaptativas (por exemplo, raiva ou culpa) que se intensifiquem com o passar do tempo merecem atenção clínica. A nível *social*, não devem ser ignorados os sintomas de isolamento acentuado, dificuldades nas relações interpessoais (com o cônjuge, filhos, familiares ou amigos) ou sentimento de solidão devido à inadequação ou à ausência da rede de apoio.

A intervenção clínica junto do casal que vive uma perda gestacional deve assentar numa postura de empatia e compreensão, sendo que o psicólogo deve esforçar-se por transmitir a sua preocupação e interesse através de mensagens sensíveis, como é o caso de “*Estou triste por vocês*”, “*Como têm estado face a isto?*”, “*Isto deve ser muito difícil para vocês*”, “*Estou aqui, disponível para vocês*”, “*Levem o tempo que precisarem*” e “*O que posso fazer para vos ajudar?*” (Limbo & Wheeler, 2003; Lothrop, 1997).

O primeiro objectivo da intervenção clínica no âmbito da perda gestacional passa por *promover a aceitação da realidade da perda*. Assim, o casal deve ser ajudado a olhar para o bebé como uma pessoa real, um membro da família que nasceu e morreu. Existem diversas actividades que, sobretudo no caso de perdas que ocorrem numa fase mais avançada da gravidez ou já após o parto, podem proporcionar a concretização deste propósito, nas quais se incluem, a título de exemplo, a possibilidade de os pais e outros familiares verem o bebé, darem-lhe banho, vestirem-no e passarem algum tempo com ele, segurando-o e tirando fotografias. Os pais e os irmãos do bebé podem ser incentivados a oferecer-lhe objectos significativos como roupa, cobertores, desenhos, cartas ou brinquedos. De forma a conferir uma identidade ao bebé, pode ser sugerido aos pais que escolham um nome para lhe dar. Outra das estratégias a utilizar no âmbito deste primeiro objectivo passa por ajudar a criar memórias e recordações do bebé e da relação com ele mantida – estas incluem fotografias, a pulseira de identificação do bebé, ecografias, uma madeixa de cabelo do bebé, impressões das suas mãos e/ou pés, roupas, cobertores ou quaisquer outros artigos que a família considere especiais. Organizar um álbum de recordações ou elaborar um diário da gravidez e da experiência de parto constituem actividades possíveis a propor aos pais. Nesta fase inicial, a criação de rituais pode ser particularmente útil, incluindo uma cerimónia de atribuição do nome ao bebé, uma cerimónia fúnebre ou religiosa (quando tal é permitido – em Portugal, esta possibilidade aplica-se, no caso das mortes intrauterinas, apenas aos nados-mortos com um mínimo de 500 gramas de peso ou que já tenham atingido a 24ª semana de gestação), ou acções simbólicas como plantar uma árvore. Não é demais salientar que o casal precisa de tempo para tomar este tipo de decisões, não devendo ser apressado nem pressionado. Deve ser dada ao casal a oportunidade de repensar algumas opções, como a de ver ou não ver o bebé, e nenhuma alternativa deve ser imposta aos pais – por exemplo, insistir na realização ou não realização de um funeral. Pode ser importante facilitar o contacto do casal com outros pais e mães que tenham vivido situações semelhantes, aumentando a sua rede de apoio (Lothrop, 1997; Public Health Agency of Canada, 2000).

O segundo grande objectivo da intervenção corresponde a *facilitar a expressão emocional e a vivência do luto*. Nesta fase, pretende-se ajudar os pais a identificar e a expressar as suas emoções, devendo o psicólogo ouvir atentamente o casal e demonstrar empatia pela sua vivência, normalizando as suas experiências. Frequentemente, face à ausência de um ponto de referência, a pessoa pode ter dificuldade em avaliar se as reacções emocionais que demonstra são ou não adequadas perante a perda com que está a lidar. É importante, portanto, que o casal obtenha informação acerca das diversas manifestações emocionais, cognitivas, comportamentais e fisiológicas que podem ocorrer associadas às várias fases do processo de luto. Para além disso, importa preparar os pais para as situações ou datas que podem contribuir para intensificar estas reacções de luto. Neste leque, incluem-se circunstâncias como o início da lactação, o regresso a casa sem o bebé e o contacto com mulheres grávidas ou com bebés pequenos, e também datas relevantes como as que estão associadas à gravidez (a data prevista para o parto, o aniversário da data em que o casal foi informado da gravidez) e à perda (aniversário da morte do bebé), dias de celebração (dia da Mãe e dia do Pai) e de reunião familiar (por exemplo, o Natal) (Fonseca, 2008; Lothrop, 1997; Rolim & Canavaro, 2001). Atendendo às diferenças normalmente verificadas entre homens e mulheres no que respeita à vivência do luto, torna-se relevante incentivar a comunicação entre o casal acerca do que cada um dos membros sente, preparando-os para possíveis disparidades na forma de cada um lidar com o acontecimento. Na tentativa de evitar que estas divergências interfiram na relação conjugal, o terapeuta pode promover junto do casal diversas actividades, incluindo a partilha da vivência do luto e de tempo passado em conjunto, bem como competências potencialmente úteis como a capacidade de aceitar as diferenças na forma como cada um vive a perda, de ser sensível às necessidades do outro e de ser flexível na gestão das responsabilidades (Kavanaugh & Wheeler, 2003). O psicólogo deve ainda focar as diferentes tarefas inerentes ao processo de luto, apoiando o casal na progressão pelas várias etapas.

O terceiro e último objectivo da intervenção psicológica consiste em *ajudar o casal a integrar a perda e a prosseguir a vida*. No que respeita ao favorecimento da integração da perda, o psicólogo deve começar por identificar as crenças inconsistentes com a perda que, posteriormente, serão modificadas de forma a adequar-se à experiência vivida. Também poderá revelar-se necessário apoiar o casal na tarefa de construção de novas crenças sobre o mundo e a vida. Atendendo a que a perda gestacional contraria algumas das assunções básicas dos indivíduos, o casal poderá precisar de procurar um sentido para a perda e reaver o sentimento de controlo sobre a vida. É importante destacar que, embora a pessoa não tenha o poder de controlar os acontecimentos que surgem na sua vida, possui a capacidade de escolher como quer reagir perante eles e qual a importância que lhes atribui. Desta forma, procura-se estimular a aceitação da situação e a adaptação às circunstâncias. A segunda etapa desta fase final da intervenção passa por promover comportamentos que permitam que o casal prossiga a sua vida. Para isso, é importante motivar o casal para restabelecer algumas das suas rotinas prévias à ocorrência da perda, que podem incluir tarefas profissionais e domésticas, bem como actividades de lazer. Retomar actividades gratificantes constitui um passo im-

portante, embora o estado de humor da pessoa possa levá-la a evitar este comportamento imediatamente após a perda. Proceder ao planeamento pormenorizado das actividades diárias pode constituir um apoio importante para o casal, ao fornecer orientação acerca da gestão do tempo e do tipo de actividades a desempenhar. Ensinar o casal a recorrer a técnicas distractivas e de descentração, de forma a evitar o foco constante na perda, é também uma estratégia bastante útil nesta etapa. Por fim, incentivar o investimento nas relações interpessoais (quer nas já existentes, quer através do estabelecimento de novos laços), dotando as pessoas de competências de comunicação assertivas úteis no contacto com terceiros (caso seja abordado o tema da perda, por exemplo) pode constituir um recurso importante, ao contribuir para aumentar a rede social de apoio de que o casal irá dispor (Rolim & Canavarro, 2001).

4. Conclusões

Como foi mencionado, apenas uma minoria dos indivíduos que lidam com uma perda gestacional apresenta reacções psicopatológicas graves que exigem intervenção clínica especializada. No entanto, e face à falta de apoio que os casais podem sentir, fruto da dificuldade que há, socialmente, em prestar a estas pessoas o necessário apoio emocional face a uma situação de crise potencialmente disruptiva, consideramos particularmente pertinente o papel do psicólogo, enquanto profissional de saúde experiente e capaz de, empaticamente, compreender o sofrimento destas pessoas, estando apto a estimular o uso de recursos pessoais facilitadores de reacções adaptativas e promovendo a resolução adequada das diferentes tarefas do processo de luto e a adaptação a este evento.

5. Referências Bibliográficas

1. Badenhurst, W., & Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2): 249-259. doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.11.004
2. Callister, L. C. (2006). Perinatal loss: A family perspective. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 20(3): 227-234.
3. Fonseca, A. (2008). *Contributo para o estudo do impacto das perdas perinatais na adaptação e no crescimento pós-traumático materno: Determinantes individuais, interpessoais e a intervenção psicológica* (Tese de Mestrado Integrado não publicada). Universidade de Coimbra: Coimbra.
4. Instituto Nacional de Estatística (2009). *Dados estatísticos: População*. Retirado de www.ine.pt
5. Jenkins, M. & Heustis, J. (2005). *Companioning at a time of perinatal loss: A guide for nurses, physicians, social workers, chaplains and other bedside caregivers*. Fort Collins, CO: Companion Press.
6. Kavanaugh, K. & Wheeler, S. R. (2003). When a baby dies: Caring for bereaved families. In C. Kenner, & J. W. Lott (Eds.), *Comprehensive neonatal nursing: A physiologic perspective* (3rd Ed., pp. 108-126). Philadelphia: WB Saunders.
7. Lang, A.; Goulet, C. & Amsel, R. (2004). Explanatory model of health in bereaved parents post-fetal/infant death. *International Journal of Nursing Studies*, 41: 869-880. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.03.013
8. Limbo, R. K. & Wheeler, S. R. (2003). *When a baby dies: A handbook for healing and helping*. La Crosse: Bereavement Services.
9. Lothrop, H. (1997). *Help, comfort, & hope after losing your baby in pregnancy or the first year*. Cambridge, MA: Da Capo Press.
10. Public Health Agency of Canada (2000). *Family-centred maternity and newborn care: National guidelines*. Ottawa: Author.

11. Rolim, L. & Canavarro, M. C. (2001). Perdas e luto durante a gravidez e o puerpério. In M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 255-297). Coimbra: Quarteto Editora.
12. Worden, J. W. (2003). *Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (3rd Ed.). Hove: Brunner-Routledge.
13. World Health Organization (2006). *Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates*. Geneve: Author.