

COMUNICAÇÃO

PROTOCOLO HOSPITALAR ÀS MÃES EM PROCESSO DE DOAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO¹

SET OF PROCEDURE WITH PARTURIENT THAT WISH TO DONATION YOUR NEWBORN CHILD

Adriana Said DAHER²
Diana Tosello LALONI³
Makilim Nunes BAPTISTA⁴

RESUMO

Observa-se poucos trabalhos destinados ao acompanhamento de parturientes que desejam doar seus bebês. A importância deste acompanhamento reside em auxiliar a decisão sobre a doação. Objetivou-se com este trabalho descrever um protocolo utilizado com 24 parturientes que demonstraram interesse em doar o Recém-Nascido (R.N.) no período entre 1996 e 1998, num Hospital-Escola de Campinas - SP, como também algumas características sociais dos sujeitos. A maioria possuía nível socio-econômico baixo e faixa etária entre 16 e 36 anos. A maioria estava desempregada durante a coleta, não possuindo renda fixa (79,2%), sendo 66,6% das parturientes solteiras, casadas (12,5%), amasiadas (8,3%), separadas legalmente (8,3%) e divorciadas (4,1%). O protocolo foi composto por entrevista inicial com Psicóloga e Assistente Social, para investigação dos aspectos psico-sociais e econômicos, assim como a intenção da doação. Os sujeitos foram acompanhados individualmente com o propósito de auxiliar na decisão de doar o R.N. Dos 24 casos, 50% não requereram doação; 41,6% efetuou-se a doação e, 8,3% ocorreu óbito do R.N. Acredita-se que este protocolo auxilie a parturiente a enfrentar a decisão e as conseqüências da doação de forma mais concisa e eficaz para este momento estressante da vida.

Palavras-chaves: Parturientes; doação; protocolo; recém-nascido.

⁽¹⁾ Trabalho apresentado no II Congresso Iberoamericano, Madrid (Espanha), 1998.

⁽²⁾ Mestre em Psicologia Clínica - PUC de Campinas. Psicóloga Hospitalar - Hospital e Maternidade Celso Pierro

⁽³⁾ Docente da PUC de Campinas. Chefe do Serviço de Psicologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro. Doutoranda em Psicologia Clínica - PUC Campinas

⁽⁴⁾ UNIARARAS e Universidade Braz Cubas. Doutorando UNIFESP - Escola Paulista de Medicina

ABSTRACT

There are few researches about the accompaniment of the parturient that wish to donate their newborn child and the importance of this accompaniment lies on the support to the donation decision. The target of this research was describe a set of procedure used with 24 parturient that had shown interest in donating their newborn child (N.C.) from 1996 until 1998 in a School-Hospital of Brazil, Campinas (São Paulo) as well as some social characteristics of this women. Most part of them had low social and economic level and average age 25.5 years. Great part of these subjects were unemployed and didn't have income (79,2%) and 66,6% was single, 12,5% married, 8,3% lived together, 8,3% divorced and 4,1% separated. There was in this set of procedure an interview with a Psychologist and a Social Assistant, to require economical, psychological and social aspects as well as some variables of the donation intention. The subjects were followed individually in order to help them in their choice of donating or not. Among the 24 cases that required accompaniment, 50% didn't donate the babies, 41,6% donated and 8,3% of the children died before ending procedure. This set of procedures helps the parturient face the donation decision and the consequences of this stressful moment of their lives.

Key-words: Parturient; Donation; Procedure; Newborn child.

INTRODUÇÃO

A gravidez pode ser considerada uma fase de grandes transformações corporais bem como psicológicas, envolvendo inclusive mudanças ou adaptações entre o casal (Maldonato, 1987). A gravidez também pode ser vista como um período de grande stress, onde se observa um sensível aumento do risco de vários transtornos, bem como de problemas relacionados com a saúde mental (Llewellyn, Stowe e Nemeroff, 1997).

Um exemplo clássico é a disforia pós-parto ou "blues" que incide em 50 a 75% das puérperas e tipicamente ocorre por volta do quarto ou quinto dia após o parto (Kumar, 1990). Algumas características do blues são: mistura dos sentimentos de felicidade e realização com sensações auto-limitantes; mudanças suaves de humor; euforia ou exaltação; insônia e hiperatividade, o que, muitas vezes pode influenciar na capacidade de pensamento e, inclusive no processo decisório sobre aceitação do R.N., bem como no processo de abandono ou doação.

Diversos são os fatores de risco que podem estar associados aos transtornos na gravidez, principalmente os relacionados com os aspectos afetivos, dentre eles: problemas psiquiátricos antecedentes; problemas de relacionamento com o parceiro; precário apoio emocional durante a gravidez; solidão; idade precoce; baixo nível educacional; baixo nível sócio-econômico e falta de planejamento (Alvarado e cols., 1993).

Principalmente nos países do chamado terceiro mundo, as condições econômicas e sociais se tornam um agravante nas decisões sobre manter ou não a gravidez, bem como a guarda da criança. Deve-se ainda considerar as grandes mudanças sociais observadas nas últimas décadas sobre a inserção da mulher nos meios profissionais e a sua relevância na questão econômica-familiar (Lewis, 1995; Baptista, 1995; Bottura Jr., 1994).

É comum o surgimento de um padrão de comportamento entre gestantes, que ao chegarem na Maternidade, em trabalho de parto, manifestam o desejo de não ver seus filhos,

logo após o nascimento, uma vez que têm o objetivo de não mantê-los sob seus cuidados, pois, acreditam que a doação será mais benéfica para a criança e para si própria. Porém, nem sempre esta decisão provém totalmente e exclusivamente de uma necessidade pessoal e sim de pressões sociais e familiares das consequências do parto.

Com relação a este ponto, Sidman (1995) relata que a coerção ocorre em diversos níveis da vida das pessoas e acabam por controlar seus comportamentos, através de suas consequências. Na maior parte das vezes, estas mulheres estão sendo influenciadas e controladas por diferentes fatores:

- Pessoal - acreditam que não têm condições de exercer a maternidade, não se sentindo aptas para ela;
- Social - têm receio do julgamento que sofrerão da comunidade;
- Familiar - os pais e familiares não aprovam a gravidez, e
- Financeiro - não possuem meios materiais para suprirem as próprias necessidades e as do bebê.

A doação passa a ser a solução mais rápida e eficaz de todos os problemas criados pelo nascimento da criança, pois esta esquiva-se do problema atual e dos futuros problemas que poderão surgir. A parturiente neste momento de pressões não tem, na maioria das vezes, condições de avaliar sozinha as possíveis saídas e as consequências de cada uma delas.

Outras características importantes de serem consideradas são apontadas por Berthoud (1995), que indica fatores de risco no período grávido-puerperal em primíparas jovens relacionados ao baixo nível de informação; experiências negativas durante este período e falta de assistência e suporte emocional por parte da equipe de saúde.

Em relação à visão de filhos adotivos sobre o motivo pelo qual seus genitores realizaram a doação, foi realizado um estudo no Brasil,

que teve como objetivo verificar os sentimentos destes sujeitos. Os resultados demonstraram que uma das principais causas que levaram os pais a concretizar a doação, na opinião destes, foi por falta de condição financeira (34%); desagregação familiar (16%) e rejeição (14%), o que também acaba sendo consequência da realidade econômica e social do país (Weber e Cornélio, 1995).

A equipe de saúde que presta assistência à gestante parece ser fundamental no apoio emocional necessário à este período, principalmente em relação às mulheres que não possuem um adequado suporte social e familiar. Porém, nem sempre é possível observar programas hospitalares específicos para esta demanda, principalmente no Brasil

Algumas experiências de equipes específicas no atendimento a gestantes podem gerar, inclusive, resultados relativos à decisão de abandono ou permissão para doação do R.N. (Viçosa e cols., 1987).

Santos e cols. (1997) implantaram um serviço para atendimento de adolescentes na região Norte do Brasil, tendo como objetivo fornecer suporte psico-social em quatro momentos do período grávido-puerperal: internação; parto; pós-parto e alta hospitalar. O programa abordou questões como aleitamento; cuidados maternos; vínculo emocional entre mãe e filho, e planejamento familiar e retorno às funções sociais como a escola. As autoras concluíram que o atendimento psicológico durante esta fase é fundamental para que a mulher tenha um aumento de confiança no seu novo papel, bem como diminuí-se os riscos de abandono do bebê.

Daher e cols. (1997) implantaram um serviço de atendimento interdisciplinar em uma enfermaria de obstetrícia para gestantes de alto risco, com o objetivo de propiciar melhor atenção da equipe a esta população, além de trabalhar as expectativas das gestantes frente à gestação e ao nascimento. Os atendimentos ocorriam três vezes por semana e faziam parte

da equipe uma psicóloga, assistente social, enfermeira e o médico. Os resultados apontaram para uma melhor interrelação entre as gestantes, aumentando as verbalizações das dificuldades e dúvidas sobre este momento, assim como a discriminação das crenças disfuncionais, obtendo comportamentos mais efetivos de enfrentamento dos problemas.

Os dois trabalhos relatados anteriormente não foram descritos de forma a conhecer os passos fundamentais e objetivos específicos, o que impede de serem avaliados quanto à sua metodologia e eficácia.

Brett e Brett (1992) relatam um programa mais detalhado para aconselhamento de gestantes em situação de crise. Os resultados demonstram que 64,6% de todas as gestantes que passaram pelo Centro de Gestantes passavam por situação de crise, sendo que 19,5% destas foram encaminhadas para informações e instruções sobre a gravidez; 4,7% para aconselhamento de doação do R.N.; 3,7% para aconselhamento pós-aborto; 3,7% por problemas referentes ao diagnóstico de gravidez e o restante por outras razões.

É importante salientar a falta de bibliografia sobre trabalhos, inclusive hospitalares, bem delineados com parturientes que desejam doar seu R. N., já que temas voltados para adoção são mais pesquisados. Talvez um dos problemas iniciais para esta escassez seja a própria dificuldade da equipe de saúde em detectar parturientes que desejam fazer as doações (Falceto e cols., 1994).

O programa proposto por Brett e Brett (1992) constituiu em um atendimento de aconselhamento inicial de uma hora e meia, seguindo-se de sessões com o objetivo de se trabalhar questões ambivalentes e conflitos não resolvidos pelas grávidas. O primeiro passo foi identificar a situação de crise da grávida, seguido de assistência apropriada para cada caso, através de estratégias específicas. A segunda etapa constituiu-se de educação sobre a gravidez e desenvolvimento fetal, através da utiliza-

ção de vídeo. O terceiro passo relatado foi a identificação e avaliação das opções disponíveis, dentre elas: a continuidade ou término da gravidez, ou seja, doar a criança para familiares ou pessoas desconhecidas ou realizar o aborto, onde este procedimento é legalizado; manter-se casada com a criança ou criar a criança sozinha. A última etapa é a tomada de decisão propriamente dita, através da avaliação dos aspectos positivos e negativos de cada opção, utilizando técnicas de entrevista motivacional e role-playing.

O presente trabalho, surgiu com o objetivo de ajudar as mães a enfrentarem o conflito de doar ou manter o filho consigo, onde busca-se a compreensão das variáveis envolvidas no processo de doar, através de um conjunto de procedimentos sistematizados para o atendimento de parturientes que desejam doar o recém-nascido, bem como descrever algumas de suas características sociais.

Método

Sujeitos

Passaram pelo conjunto de procedimentos 24 parturientes, sem transtornos psiquiátricos, de um Hospital-Escola de Campinas - São Paulo (Brasil), no período de Janeiro de 1996 a Janeiro de 1998.

O trabalho foi desenvolvido com todas as parturientes que expressaram o desejo de doação, sendo que a maioria possuía nível sócio-econômico baixo e faixa etária entre 16 e 36 anos (média de 25,5 anos). Grande parte dos sujeitos se encontravam desempregados na ocasião da coleta de dados e não possuíam renda fixa (79,2%), sendo que 66,6% das parturientes eram solteiras, seguidas das casadas (12,5%), amasiadas (8,3%), desquitadas (8,3%) e uma separada (4,1%).

Com relação a algumas características relacionadas à moradia, metade da amostra (50%) já possuíam filhos e continuam morando

com estes; 37,5% moram com os familiares; 16,6% moram com os parceiros ou maridos; 16,6% moram com amigas e 8,3% não foi possível obter dados referentes ao aspecto de moradia, já que as entrevistas iniciais são realizadas pela Assistente Social e não constavam no relatório.

Em relação aos dados referentes à decisão dos genitores, 16 casos (66,6%) se negaram a assumir as responsabilidades da paternidade e/ou não tiveram informações sobre a gravidez ou o nascimento; em 4 casos (16,6%) os genitores não assumiram a paternidade, porém o parceiro ou marido atual assumiu as responsabilidades; somente em 2 casos (8,33%) o parceiro/marido assumiu a paternidade do RN e, 1 caso (4,16%) não foi especificado.

A respeito dos motivos da doação expressados pelas parturientes, é importante ressaltar que não ocorreu de forma sistemática a real apuração dos motivos que levaram à doação somente a situação econômica precária foi relatada por 12 sujeitos (50%) e os motivos combinados entre situação econômica precária mais outros fatores (condição emocional instável; violência do parceiro; incapacidade em assumir os cuidados do filho; falta de vínculo afetivo; falta de apoio dos pais e receio de pressão social, somam 7 casos 29,16%). Outros motivos relatados foram: infidelidade conjugal; impossibilidade de cuidar da criança devido à falta de tempo; dúvidas em relação ao possível genitor; pressão familiar; crença de difícil retorno às atividades normais, somando 20,8%. Dentre os sujeitos, 3 casos (12,5%) eram usuárias de drogas, especificamente de crack e 1 caso de epilepsia (4,16%), onde a patologia teve importância na decisão de doação.

Material

Foi utilizado o seguinte material:

- Ficha de Avaliação da Parturiente, contendo as seguintes informações: condições sócio-econômicas; estrutura e suporte social / fami-

liar; fatores emocionais e fatores motivadores da doação.

Procedimento

Os atendimentos das parturientes ocorriam individualmente, em ambiente restrito (Enfermaria de Obstetrícia; U.T.I. Neonatal ou em uma sala vaga), sendo que, quando a parturiente podia locomover-se, o atendimento era realizado no Ambulatório de Psicologia. O tempo necessário para se realizar o Conjunto de Procedimentos era variável, dependendo das condições de saúde da Parturiente e do bebê. A média observada deste processo durava em torno de cinco dias.

DESCRIÇÃO DO CONJUNTO DE PROCEDIMENTOS

Equipe Assistencial

A equipe que prestou assistência às parturientes foi composta de duas Psicólogas, sendo uma Psicóloga da UTI Neonatal e uma Psicóloga da Enfermaria de Obstetrícia, além de uma Assistente Social. Quando necessário e possível, o médico obstetra ou neonatologista, que estivesse acompanhando o caso, era consultado para troca de informações ao processo de decisão.

Sendo assim, os procedimentos serão descritos a seguir:

1 - Procedimentos Iniciais

Nesta fase, a equipe busca informações necessárias sobre comportamento da Parturiente, bem como os motivos que a levaram a expressar a intenção da doação.

1. A informação do desejo de doação do Recém-Nascido (R.N), chega à Psicologia através dos Obstetras ou da Assistente Social.

2. Fica suspensa a visita da parturiente ao berçário.
3. A psicóloga busca informações de como essa gestante se comportou antes, durante e após o parto (junto aos obstetras e equipe de enfermagem do Centro Obstétrico), sendo que as informações requisitadas eram: demonstrou algum tipo de preocupação em relação à criança?; quais as verbalizações feitas pela parturiente?; como a parturiente está se comportando no leito?
4. Contato individual da psicóloga com a parturiente em um local privado (sem tempo limite), com os objetivos de:
 - * deixar claro a função de ajuda e apoio na tomada de decisão;
 - * identificar os motivos que estão levando a tal decisão;
 - * identificar as alternativas já planejadas;
 - * analisar o grau de apoio familiar e social do sujeito;
 - * identificar a pessoa que pode fornecer maior apoio no momento; e
 - * averiguar se o pai da criança está de acordo com sua atitude.
5. Quando a parturiente é menor de 18 anos, a decisão de doação do R.N. deve ser tomada em conjunto com o seu responsável.
6. Contato individual da Assistente Social com a parturiente em um local privado, avaliando as condições sociais e econômicas em que a paciente encontra-se. Identificando necessidades, são tomadas providências, dentro da comunidade, para cada problema específico, como por exemplo, creches, cesta básica, auxílio econômico da Prefeitura e outros.
7. Discussão do caso entre a Psicóloga, Assistente Social e Médico que estão acompanhando a Parturiente e o R.N.

2 - Procedimentos Finais

Nesta fase a equipe auxilia a Parturiente a tomar a decisão sobre a doação, sendo assim:

1. **Decisão:** A parturiente pode desejar manter-se com o filho, mas possui dificuldades no enfrentamento de tal decisão.

Atitude mais freqüente: Esta recebe ajuda para escolher uma pessoa de seu convívio que possa apoiá-la e essa pessoa é contatada pela equipe com a finalidade de atuar como agente facilitador nos problemas que venham surgir, estando a equipe à disposição para orientações. Quando a dificuldade é no âmbito social, a Assistente Social atua buscando soluções na comunidade em que a Parturiente pertence.

Após a alta com o filho, é oferecido à parturiente a continuidade do acompanhamento psicológico, com o objetivo de ajuda no enfrentamento das contingências sociais que poderão surgir.

São marcadas entrevistas periódicas com esta mãe, de início na revisão Pós-parto (consulta após 40 dias do parto), e posteriormente, se for detectado algum tipo de problema ou se a mãe desejar, o acompanhamento psico-social terá continuidade.

2. **Decisão:** Quando o desejo de doar o RN. não está claro ou a parturiente está decidida em doar o R.N.

Atitude mais freqüente: A Assistente Social informa e orienta como é o processo de doação e quais são as etapas burocráticas a serem realizadas.

A parturiente não é orientada para preencher os documentos de doação que é responsabilidade da Maternidade.

A parturiente recebe alta hospitalar, o RN. fica no berçário e a visita ao RN. fica suspensa.

É marcada uma entrevista com esta parturiente, três dias após a alta, onde passará por avaliações psicológica e social, com o intuito de averiguar se a decisão foi mantida.

3. **Decisão:** Se a parturiente mudar de opinião, e decidir-se pelo filho.

Atitude mais freqüente: Ela é acompanhada até o berçário onde é realizado o processo de aproximação da mãe com o filho.

4. Decisão: Se a parturiente mantiver a opinião de doação.

Atitude mais freqüente: Se a decisão de doar permanecer após os três dias, é dada continuidade ao processo de doação e encaminhada-se ao Juizado de Menores.

É oferecido à parturiente, em ambos os casos, a possibilidade de continuar o acompanhamento psicológico.

Os médicos responsáveis pelo RN. são informados de todo o processo de tomada de decisão da Parturiente. A equipe de saúde que trata do RN. e da mãe são orientados de como lidar com eles, pois era freqüentemente observado a hostilidade da equipe de saúde em relação às Parturientes que optaram pela doação e necessitavam de acompanhamento médico.

Os registros de atendimento não ficam no prontuário da mãe e nem no da criança e sim em posse do arquivo do Serviço Social para que seja mantido o sigilo do processo.

RESULTADOS PRELIMINARES E DISCUSSÃO

Em relação a alguns dados sociais das gestantes, todas elas foram assistidas através do Sistema Único de Saúde, sendo este um serviço público e gratuito, sendo que a maioria das mulheres não trabalhava, o que difere das populações pesquisadas por Brett e Brett (1992) e Falceto e cols. (1994) onde a maioria das mulheres possuíam um rendimento, mesmo sendo baixo.

Algumas condições sócio-econômicas e educacionais, citadas por Alvarado e cols. (1993) como fatores de risco para o abandono dos R.N., também foram observadas com esta população. Uma grande porcentagem das mulheres que não residiam com seus parceiros (84%); a maioria das mulheres eram solteiras (66,6%); a maioria das mulheres não necessitavam de uma condição educacional básica para exercer

uma atividade profissional, apesar da maioria (79,2%), confirmando possíveis fatores de risco para a doação.

No ano de 1995, quando ainda não estava estabelecido o Conjunto de Procedimentos citados acima, os casos onde as parturientes mencionavam o desejo de doação do seu R.N. eram encaminhados via Serviço Social. Dos 14 casos que deram entrada, todos foram enviados para o Juizado de Menores, não tendo acompanhamento posterior de como foi dado o seguimento dos casos.

Em função da falta de dados anterior à implantação do Conjunto de Procedimentos, não se pode comparar se houve aumento ou diminuição nos casos de doação.

Com a implantação do Conjunto de Procedimentos, nos anos de 1996 a 1998, os resultados obtidos foram:

Dos 24 casos que passaram pelo Conjunto de Procedimentos, 12 casos (50%) não requereram doação; em 10 casos (41,6%) efetuou-se a doação e, em 2 casos (8,3%) ocorreu o óbito do R.N. antes da conclusão do Conjunto de Procedimentos.

Falceto e cols. (1994), através de um programa de observação de puérperas que desejavam doar seus bebês, encontraram 28,57% que permaneceram com seus filhos e 57,15% destas mulheres que concretizaram a doação, porém somente se realizaram anamneses e follow-up de uma semana após (visita familiar) com estas mulheres, não ocorrendo algum tipo de programa de intervenção.

Já Brett e Brett (1992), realizando um programa de aconselhamento à gestantes, obtiveram os seguintes resultados: optaram por continuar a gravidez 46%; decidiram pelo aborto 43,9%; sofreram aborto espontâneo 7,9% e 2,2% não foram relatados resultados, o que se assemelha aos resultados deste estudo. Pode-se observar algumas similaridades nos dois programas, principalmente em relação ao suporte fornecido à mulher, bem como o incentivo à tomada de decisão, independente de sua

escolha. No entanto precauções devem ser tomadas no sentido das diferenças entre os dois programas e das diferenças sociais existentes entre os dois países, principalmente sobre a questão do aborto que não é um procedimento legalizado no Brasil.

Outra diferença, em nível institucional, diz respeito ao tempo em que a mulher deve tomar a decisão sobre a doação do R.N., pois por problemas institucionais deste hospital brasileiro, o R.N. não pode permanecer internado por um prazo maior do que aproximadamente 5 dias, devido a riscos de infecção; uso de leito desnecessariamente e custos de internação. Desta maneira a decisão da parturiente deve ser tomada, em conjunto com a equipe, durante o período onde pode estar ocorrendo o "blues", que segundo Kumar (1990), a possível instabilidade de humor, a sensação auto-limitante podem influenciar na sua capacidade de pensamento e interferir na decisão, motivo suficiente para a existência de um serviço de acompanhamento às parturientes.

Analisando algumas características do Conjunto de Procedimentos implantado, pode-se observar alguns pontos que devem ser revisitos e modificados para aumentar os dados de avaliação do processo. O primeiro item diz respeito à confecção de um instrumento para a realização de uma anamnese mais detalhada e específica a este tipo de população, bem como uma avaliação de follow-up para detectar se o programa auxiliou de forma eficaz a tomada de decisão sobre a doação do R.N.

O segundo item se refere à inserção do genitor, quando possível, nas discussões e avaliação da doação, em conjunto com a parturiente, pois observa-se que a decisão em conjunto pode ser fundamental para o resultado do processo, bem como um trabalho com a equipe de saúde, com o objetivo de discutir e trabalhar a questão do preconceito da equipe para com as mães que decidem doar o R.N. (Falceto e cols. 1994; Bottura Jr., 1994).

Com relação a algumas limitações institucionais, a equipe de saúde composta por

Psicólogo, Assistente Social e Médico deveria dar suporte inclusive aos finais de semana e feriados, o que não ocorre atualmente.

Através do atendimento interdisciplinar no Hospital, foi visível a falta de informações das mulheres que buscavam atendimento médico, do período gestacional, parto e puerpério, assim como a falta de suporte social e familiar na maioria dos casos, corroborando mais uma vez a tese de que são necessários e fundamentais programas de acompanhamento psico-social para grávidas e puérperas.

É de fundamental importância encontrar formas de prevenção de gravidez mal planejada, bem como desenvolver programas de suporte para grávidas e parturientes que manifestam o desejo de doação do R.N. O gerenciamento de crises durante a gravidez exige altos níveis de habilidade e consomem tempo no planejamento das atividades e treinamento da equipe de saúde (Brett e Brett, 1992).

Programas de acompanhamento são fundamentais no sentido de se evitar futuros problemas destas gestantes direcionados ao possível desenvolvimento de transtornos de saúde mental (Llewellyn, Stowe e Nemeroff, 1997) e de comportamento.

A escassez de publicações nacionais e internacionais de programas de acompanhamentos de doações, realizadas dentro dos Hospitais, parece demonstrar a inexistência destes programas, que são fundamentais na manutenção da saúde para mães e bebês envolvidas no processo de doação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVARADO, M. R.; PERUCCA, P. M.; NEVES, E.; ROJAS, M.; MONARDES, J.; VERA, A. e OLEA, E. (1993). Cuadros Depresivos Durante el Embarazo y Factores Asociados. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia*. 58 (2): 135 - 141.

- BAPTISTA, S. M. S. (1995). **Maternidade e Profissão: Oportunidade de Desenvolvimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- BERTHOUD, C. M. E. (1995). Tornar-se Mãe: O Significado das Vivências Emocionais Grávido-Puerperal na Vida da "Mulher-Mãe" - Um Estudo Exploratório com Primíparas Jovens. **Anais da XXV Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia**, Ribeirão Preto (SP) - Brasil, pp. 293.
- BOTTURA JR, W. (1994). **A Paternidade faz a diferença**. São Paulo, Editora Gente.
- BRETT, A. e BRETT, W. (1992). Outcome and Management of Crisis Pregnancy Counselling. **New Zealand Medical Journal**. 105: 7 - 9.
- DAHER, A. S.; BERTUQUE, C. M.; LALONI, D. T. e GIORGI, M. M. (1997). Implantação de Atendimento Interdisciplinar na Enfermaria de Obstetrícia com Gestantes de Alto-Risco. **Anais do VII Encontro Nacional dos Psicólogos da Área Hospitalar**, Brasília (DF) - Brasil, pp.62.
- FALCETO, O. G.; QUINALHA, A. F.; TETELBOM, M.; MALTZ, F.; CAMPOS, M. T. e SANCHEZ, P. (1994). Abandono Infantil no Pós-Parto Imediato: Estudo de Casos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 16 (1): 80 - 88.
- KUMAR, R. (1990). Childbirth and Mental Illness. **Triangle** 29 (2/3): 73 - 81.
- LLEWELLYN, A. M.; STOWER, Z. N. e NEMEROFF, C. B. (1997). Depression During Pregnancy and Puerperium. **Journal of Clinical Psychiatry** 58 (suppl 15): 26 - 32.
- MALDONADO, T. M. P. (1987). Nós Estamos Grávidos. São Paulo: Editora Block.
- PRUETT, K. D. (1995). Desenvolvimento da Família e os Papéis de Mães e Pais na Criação dos Filhos. In: M. Lewis. **Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- SANTOS, M. C.; LEITE, M.; RAYOL, C.; BORDALO, D.; MOREIRA, E. e COSTA, K. (1997). Atendimento Psicológico à Gestantes: Implantação de um Serviço. **Anais do VII Encontro Nacional dos Psicólogos da Área Hospitalar**, Brasília (DF) - Brasil, pp.77.
- SIDMAN, M. (1995). **Coerção e suas Implicações**. Campinas: Editora Psy.
- VIÇOSA, G. R.; RUZICKI, E. M.; PRZYBYLSKI, J.; AZAMBUJA, H. C.; QUEIROS, L.; DALCIN, V. E.; SILVA, L. D. B. e BEHLE, I. (1987). Gestação na Adolescência: A Experiência do Hospital Presidente Vargas. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. 9 (2): 97 - 104.
- WEBER, L. N. D. e KOSSOBUDZKI, L. H. M. (1995). Vídeo: Institucionalização, Abandono e Adoção. **Anais da XXV Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia**, Ribeirão Preto (SP) - Brasil, pp. 147.