



CENTRO UNIVERSITÁRIO “PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES”

THAIS MARA REIS

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO E
INTERAÇÃO MÃE E FILHO**

SÃO JOÃO DEL REI

2017

THAIS MARA REIS

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO E
INTERAÇÃO MÃE E FILHO**

Artigo científico apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof. Esp. Marcio Antonio Resende.

SÃO JOÃO DEL REI

2017

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO E INTERAÇÃO MÃE E FILHO

REIS, Thais Mara¹

¹Thais Mara Reis, graduanda do curso de enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves.

RESUMO

Objetivo: O objetivo principal deste artigo foi discutir o papel e as contribuições do enfermeiro em relação à Depressão Pós-Parto. **Métodos:** este artigo trata-se de um estudo exploratório por meio de revisão bibliográfica acerca do tema “assistência de enfermagem na depressão pós-parto e interação mãe e filho.” **Resultados:** A depressão Pós-Parto é uma doença que acomete varias mulheres na fase puerperal, interferindo assim no vínculo afetivo entre a mãe-filho. Como consequências podem ocorrer danos no desenvolvimento infantil, no processo da amamentação e comunicação verbal do bebê. **Conclusão:** As ações de enfermagem em relação à prevenção, detecção da Depressão Pós-Parto e tratamento, mostra-se eficaz para a qualidade de vida da puérpera-filho-família. O enfermeiro tem que ter conhecimento e praticar suas ações para assim melhorar a qualidade de vida tanto do bebê quanto da mãe.

Palavra Chave: Depressão Pós-Parto; Enfermeiro; Qualidade de vida.

1 INTRODUÇÃO

As mulheres passam por transformações ao longo da vida e o período da gravidez é um desses momentos. Nele a mulher sofre alterações hormonais e corporais, as quais são consideradas alterações fisiológicas e necessárias para que a mulher consiga suprir as necessidades do feto. Essa fase em alguns casos é vista com alegria e satisfação, porém algumas gestantes podem sentir tristeza, angústia e ansiedade devido à dificuldade de adaptação desse período. Assim, é essencial que os pensamentos e as emoções dessas mulheres sejam avaliados para que se possa evitar uma depressão¹.

Após o nascimento de um filho, inicia-se um período importante e frágil na vida da mulher que é chamado de puerpério. Neste momento ocorrem mudanças no estilo de vida da mãe e também modificações corporais e psicológicas. Com isso, pode ser que ocorram algumas interferências no processo de saúde-doença dessa gestante².

O puerpério é um período do ciclo gravídico-puerperal em que as alterações corporais provocadas pela gestação e parto retornam ao seu estado pré-gravídico, tendo início após o parto com a expulsão da placenta e término inesperado, na medida em que se relaciona com a amamentação. “Pode-se didaticamente dividir o puerpério em: imediato (1 ° ao 10° dia), tardio (11 ° ao 42° dia) e remoto (a partir do 43° dia)”^{3,4}.

No período pós-parto, a puérpera encontra-se mais sensível e consequentemente aumentam os riscos para problemas de ordem física, mental e social devido a alguns fatores, sendo um deles a dificuldade de adaptação. A maternidade exige mudanças estruturais e pessoais que tornam a puérpera insegura, podendo assim atingir o vínculo e a saúde do recém-nascido (RN) e dos familiares. Infelizmente, algumas mulheres não reconhecem as suas necessidades e alguns serviços de saúde não conseguem detectar esses sintomas e a puérpera tende a ter DPP⁵.

Neste contexto, este estudo tem como objetivo mostrar o papel e as contribuições do enfermeiro em relação à Depressão Pós-Parto, sendo essencial a assistência de enfermagem, uma vez que a doença causa risco para a puérpera, bebê e família. O enfermeiro, juntamente com suas ações, pode prevenir, detectar e tratar a DPP e suas possíveis consequências em relação ao bebê, família e a própria puérpera.

O estudo caracteriza em revisão de literatura integrativa, realizado por meio de pesquisa científica disponíveis no banco de dados da SciELO (Scientific Electronic Library Online); buscador acadêmico (Google acadêmico); Ministério da Saúde, EBSCOhost e DynaMed Plus). Para seleção dos artigos publicados tomou-se um recorte temporal, dos últimos dezesseis anos, ou seja, 2001 até 2017, sendo 71 artigos lidos, 37 artigos descartados e 34 artigos utilizados. Os descritores de saúde foram: assistência de enfermagem, período pós-parto, transtorno de adaptação. A apresentação desse estudo teve o intuito de possibilitar ao leitor informações, considerações e conclusões a respeito do tema, pois, possui abordagem metodológica referente às revisões.

2 DEPRESSÃO PÓS-PARTO.

A DPP é uma doença que gera um transtorno mental e compromete o organismo como um todo, seja no pensamento, no físico ou humor, tendo seu início

de maneira insidiosa, levando até várias semanas após o parto. Além disso, fatores culturais, sociais, familiares e pessoais também interferem no estado psicológico da puérpera⁶.

Ademais, a DPP é considerada um problema de saúde pública, com prevalência de 10 a 20% de casos, que afetam várias mulheres. No período puerperal algumas mulheres começam a ter os primeiros sintomas da DPP, podendo iniciar entre as primeiras quatro semanas até alguns meses após o parto. Alguns fatores que podem contribuir para o aparecimento da DPP, são: a dificuldade de alguns profissionais de detectar a doença, a falta de informações e ações de prevenção durante o pré-natal e a falta de estratégias baseadas nos cuidados com essas mulheres⁷.

No pós-parto a puérpera pode ter o “*baby blues*”, que é um transtorno depressivo leve e que pode ocorrer no terceiro dia após o parto e ter duração de uma a duas semanas. Os sintomas desse transtorno são falta de confiança, alteração do humor e fragilidade. O “*baby blues*” é um quadro no qual a puérpera consegue se recuperar apenas com o apoio familiar, porém, quando não tratado, pode gerar a depressão puerperal que é caracterizada por tristeza, autoestima alterada e perda de interesse na vida. A Depressão Puerperal ocorre geralmente entre a quarta e oitava semana após o parto e apresenta sintomas prolongados, diferente do “*baby blues*”⁸.

A pressão psicológica da mulher em relação a ser a principal cuidadora do bebê gera um desconforto e receio de se adaptar às novas mudanças por ter medo de não ser capaz de cuidar do bebê ou pelo simples fato de se sentir pressionada a fazer todas as tarefas sozinhas. Em consequência disso ela começa a ter outra visão a respeito de si mesma e das pessoas que convivem com ela, podendo gerar sintomas de depressão pós-parto⁹.

Outro fator de tensão para a mãe é o medo de não conseguir amamentar, o que pode gerar insegurança e tristeza, além de ansiedade em ver que o leite demora a ingurgitar nas mamas, o que também causa um desconforto para a puérpera. A aparência física do bebê também pode ser uma decepção para a mãe, uma vez que ela planeja as características físicas de acordo com o seu desejo e quando a criança nasce ela fica decepcionada e com sentimento de tristeza³.

A estrutura corporal da puérpera esta em processo de modificação e algumas mulheres sentem incômodo em relação ao seu corpo devido às modificações físicas

ocasionadas pela gestação, causando sentimento de vergonha do próprio corpo, bem como a preocupação com a recuperação do períneo e uma possível dificuldade de retornar a vida ativa sexual¹⁰.

A puérpera, ao perceber que o tempo dela ficou restrito e direcionado aos cuidados do bebê, começa a imaginar como retornar a sua vida profissional e infelizmente algumas mulheres têm que abrir mão da sua carreira profissional para se dedicar à maternidade, contribuindo então para que a mãe sinta-se triste e incapaz, tornando-a muitas vezes dependente financeiramente de outro provedor¹.

Os fatores de risco da DPP baseiam-se em antecedentes psiquiátricos, depressão gestacional, desgosto com a gestação, gravidez indesejada, condições socioeconômicas, falta de apoio, mãe solteira, menor idade materna, morar sozinha, baixo nível de escolaridade, baixa renda, histórico de aborto, partos anteriores traumatizantes, presença de sintomatologia ansiosa, que podem gerar nas gestantes sintomas como boca seca; cefaléia; pupilas dilatadas, inquietação motora, taquicardia e taquipneia¹¹.

Outro aspecto importante a ser avaliado é a interação da mulher com o seu companheiro, família e amigos, reação do pai em relação à gravidez, desejo da gestante em ter alguém do seu lado na hora do parto, sexo da criança, tipo de parto, criança nascida com alguma patologia, insatisfação com os familiares, tentativa de aborto; esses fatores também podem contribuir para um quadro depressivo¹².

Podem aparecer vários tipos de sintomas na depressão pós-parto, porém existem aqueles sintomas que são considerados mais característicos da DPP, como alterações de humor, incapacidade de sentir prazer na vida, perda de energia, choro sem motivo concreto, sentimento de culpa, medo de machucar o filho, insônia, perda de apetite e desinteresse. Há alguns outros sintomas identificados como ideias ou tentativas de suicídios⁶.

A DPP pode interferir no vínculo familiar e mãe-bebê, uma vez que o sintoma interfere na personalidade da mãe fazendo com que haja um distanciamento entre eles. Devido a isso a criança pode ter alterações negativas quanto ao seu desenvolvimento infantil, motor, mental, amamentação, comunicação, sendo importante ressaltar que nem todos os filhos de mães com DPP terão essas alterações¹³.

3 DEPRESSÃO PÓS-PARTO E A INTERAÇÃO MÃE E FILHO.

O desenvolvimento infantil é uma resposta de como a criança está sendo vinculado com seu meio, por isso o vínculo afetivo entre a mãe-bebê é essencial para que ocorra um bom desenvolvimento da criança. As experiências afetivas como: falar, tocar, amamentar, sorrir, brincar e cuidar tende a ter uma boa reciprocidade entre a mãe e o filho, contribuindo assim para o seu desenvolvimento¹⁴.

A depressão pós-parto (DPP) além de causar danos na puérpera poderá também afetar o desenvolvimento do bebê. É comum que quando a mãe sofre de DPP ela não consiga estabelecer um vínculo afetivo com o filho, pois o episódio depressivo causa o afastamento social. A criança tem mais chance de desenvolver desordens emocionais e comportamentais, uma vez que essas mães tendem a ter menos interação e conseqüentemente menos contato físico com a criança, porém não é via de regra que toda mãe depressiva terá filho depressivo¹⁵.

A figura materna envolve valores e crenças que de alguma maneira faz com que a criança se conecte a seus valores culturais e sociais, incentivando-a a buscar sua identidade. A maneira de como a mãe interage com seu filho também interfere em sua personalidade e desenvolvimento infantil. Nessa percepção, a mãe deve interagir e proporcionar atenção às necessidades da criança para que comece a apresentar comportamentos positivos e explorativos¹⁴.

É observado que os bebês de mães deprimidas tendem a expressar menos afeto positivo e conseqüentemente maior afastamento físico, em comparação aos bebês de mães não deprimidas. Outro ponto a se observar é que além de apresentar também menor nível de atividade, em alguns casos, costumam distanciar os olhares e ter mais expressões de raiva e tristeza nos primeiros meses de vida¹⁶.

A amamentação é um período em que a mãe suprir as necessidades do RN de maneira saudável e que contribui para o seu desenvolvimento. Em alguns casos as puérperas com diagnóstico de DPP não realizam o ato de amamentar e quando já se iniciou o processo muitas vezes é interrompido devido ao agravo da doença. A falta de confiança e o medo de não conseguir amamentar o seu filho gera incapacidade de exercer a função materna².

A interação materna com o filho acontece a todo momento, seja no toque, na expressão ou na fala. Importante destacar que a linguagem verbal é essencial para o desenvolvimento da linguagem da criança, pois a mãe estimula e conduz a criança a

emitir suas expressões através da sua fala. Nos primeiros anos de vida é essencial avaliar a evolução da linguagem e, se necessário, fazer intervenção o mais rápido possível, pois é nesse período que a criança tem maior plasticidade cerebral¹⁵.

O vínculo verbal quando não é satisfatório pode ser resultado da falta de comunicação da puérpera com o bebê. Há também interferência na criança em relação a dificuldade de interagir com as outras pessoas e conseqüentemente ela pode começar a expressar um atraso em relação a explorar objetos e posteriormente a criança poderá transparecer sentimento de raiva¹⁷.

Antes mesmo da linguagem verbal, o bebê e a mãe se relacionam e se comunicam em conectores, como o choro, gritos e atividade muscular. Nesses momentos, o bebê busca alguma resposta da mãe, como, por exemplo, o choro que pode ser um sinal de fome, e quando a mãe amamenta, eles se correspondem e com isso o recém-nascido começa a ter capacidade de perceber essa interação, conseguindo captar o estado humoral da mãe, interferindo também no seu humor¹⁸.

O ato de brincar representa na criança uma fase na qual ela consegue projetar, associar, inventar e desejar algo, assim ela consegue desenvolver suas habilidades e expressar suas vontades e suas fantasias. Quando a criança começa a ter dificuldade e desinteresse ao brincar com formas, símbolos e objetos pode indicar perturbações emocionais associadas à falhas no cuidado materno, influenciando assim em seu desenvolvimento infantil¹⁹.

Segundo Motta, Lucion e Manfro²⁰, a DPP materna afeta o sistema neurológico e comportamental da criança e quanto persiste ao longo do primeiro ano de vida do bebê pode ocasionar alterações significativas no eletroencefalograma (EEG), déficit de aprendizado e sintomas depressivos.

É observado também que em alguns casos as puérperas com diagnóstico de DPP apresentam-se mais agressivas com seus filhos. A psicose puerperal é o transtorno mental mais grave, no qual a mãe apresenta sintomas de alucinações, confusão mental, delírios, despersonalização e agressão, podem ainda ocorrer pensamentos de maníaco e tentar o infanticídio (quando a mãe tenta matar seu próprio filho) no período puerperal²¹.

4 AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA CONTRIBUIÇÃO DO VÍNCULO MÃE, FILHO E FAMILIARES.

Entre os métodos mais eficazes da enfermagem em relação a DPP, considera-se as ações preventivas as mais utilizadas e indicadas para a prevenção da doença, uma vez que evita agravos na saúde. Essas ações preventivas requerem habilidade e conhecimento por parte dos profissionais. Ademais, a DPP pode ser evitada pelo Pré-Natal Psicológico (PNP), uma vez que esse visa à integralidade da gestante e da família no processo do pré e pós-parto, por meios de encontros com profissionais de saúde e outras gestantes, além de contribuir para a prevenção da DPP e minimizar os impactos dos fatores de risco²².

É importante que os profissionais que realizam o pré-natal ofereçam assistência contínua sem que haja intervenção no processo, pois a gestante, juntamente com a família, cria um vínculo com o profissional. Um dos objetivos da enfermagem é prevenir agravos, tendo o papel fundamental de diagnosticar os fatores de risco e fazer intervenções necessárias para a prevenção da DPP e suas consequências²³.

Na Estratégia da Saúde da Família (ESF), o enfermeiro consegue-se aproximar da gestante e juntamente com a equipe multidisciplinar, obtém informações sobre os fatores de risco aos qual essa gestante está sujeita. Com isso, o profissional consegue planejar uma atenção direcionada e acolhedora às necessidades da paciente. O apoio e a relação familiar são visíveis a este serviço, pois este atende os membros da família como um todo²⁴.

No período gestacional, parturiente e pós-parto o enfermeiro deve incentivar e orientar a gestante a fazer atividade física moderada, a qual resultará em uma melhor qualidade de vida da mulher e ao bebê. Os sintomas que mais acomete as gestantes como: edemas, dores e fraqueza muscular podem ser amenizados com a atividade física e também contribuir para prevenção de agravos, a mulher sente-se mais segura, animada e satisfeita com seu corpo, além de elevar sua autoestima com a atividade física²⁵.

Em relação à importância do aleitamento materno, o enfermeiro deve orientar as gestantes sobre os benefícios da amamentação que são essenciais para prevenção de desnutrição e doenças, além de estimular os músculos da face e os dentes do bebê. O aleitamento materno também contribui para o crescimento forte e saudável da criança, além de favorecer um vínculo afetivo entre a mãe e o bebê, trazendo benefícios para a saúde da mulher, pois ajuda o corpo a retornar o seu estado original mais rapidamente²⁶.

O enfermeiro deve-se atentar para o grau de dificuldade da mulher em relação ao processo de amamentação. Quando o profissional percebe essa dificuldade, ele muitas vezes consegue ajudar a puérpera com atitudes como passar tranquilidade e confiança através da comunicação, incentivar a ter bons hábitos alimentares, ajudar a organizar seus horários e pela investigação consegue perceber se há algum fator emocional em que a mãe esteja passando e que esteja influenciando nesse processo. O enfermeiro deve investigar as causas quando há recusa da amamentação e ajudar essa puérpera dando apoio, incentivo e informações²⁷.

O vínculo, não só materno, mas também o paterno deve ser constante com o filho. A enfermagem deve orientar o pai a realizar atividades de cuidados com o bebê e cuidados domiciliares. O ato de acariciar o filho é um momento em que o bebê sente-se protegido e indiretamente reflete na autoconfiança da mãe, uma vez que ela sente que não está sozinha e que o pai se preocupa com o bem-estar do bebê²⁸.

O envolvimento do pai com o bebê é um fator que influencia no vínculo familiar, principalmente quando o pai assume os cuidados, como troca de fraldas, banho e brincadeiras, por exemplo. Isso faz com que a criança reconheça a figura paterna de modo que haja fortalecimento de vínculo e também o reconhecimento da voz do pai, através da comunicação verbal e não verbal. É fundamental que o pai dê assistência não só para o bebê, mas também à puérpera, uma vez que fortalece ainda mais os laços familiares²⁹.

Na sala de parto, quando o bebê nasce sem nenhuma anormalidade, o ideal é que aconteça o contato pele a pele do RN com a mãe e a sucção precoce. O reconhecimento do cheiro e da voz da mãe são práticas que estimulam o contato físico, ocorrendo assim à efetividade de ambos, fazendo com que a mãe se sinta realizada, segura e com bem estar, trazendo consigo sentimento de amor e aconchego juntamente ao filho³⁰.

O apoio social da família em contribuição para o bem estar da gestante e da puérpera é um fator que tem grande influência para a qualidade de vida de ambos, pois fortalece a autoconfiança da mãe e ela começa a reconhecer as necessidades do bebê. Além de demonstrar mais carinho e proteção, que ajuda ao desenvolvimento infantil, o apoio social dos serviços de saúde também é fundamental para a qualidade de vida da gestante, puérpera, família e do bebê. Com o acompanhamento e a

identificação dos fatores de risco da depressão a equipe de saúde pode favorecer a prevenção da doença³¹.

No pós-natal os profissionais de saúde, principalmente em saúde pública, utilizam-se de uma ferramenta para triagem e detecção da DPP como forma de prevenção e tratamento para a doença, conhecido como a escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS). É uma escala que compõem alguns itens, sua aplicação é eficaz e avalia a intensidade e a presença de sintomas da depressão pós-parto³².

A escala tem como princípio avaliar os sintomas, como ansiedade, sintomas motores, sintomas somáticos, irritabilidade, comportamento social, humor e aspecto cognitivos. O enfermeiro deve avaliar os sintomas em que o indivíduo vivencia, aprofundar nesse sintoma e através disso detectar o grau da DPP através de pontuação. Existem vários tipos de escala, o que difere é o número de perguntas e as categorias a serem avaliados, por isso o enfermeiro tem que ter conhecimento para adequar a melhor escala a cada tipo de paciente³³.

Quando diagnosticada, deve-se realizar imediatamente o projeto de tratamento da doença. O cuidado psicológico e psiquiátrico é um dos primordiais para a recuperação da puérpera, além disso, busca-se também a qualidade de vida do bebê, pois a doença também atinge a saúde da criança. É utilizado ainda pela puérpera o uso de antidepressivos para ajudar no tratamento³⁴.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.

O estudo permitiu compreender a atuação do enfermeiro em relação à depressão pós-parto, sendo importante o seu papel para prevenir, diagnosticar e tratar a doença e seus agravos, uma vez que a DPP atinge as puérperas e consequentemente interfere na saúde dos familiares e no desenvolvimento do bebê. O enfermeiro, por ter contato direto com a puérpera-bebê-família, consegue intervir nas suas ações e gerar qualidade de vida para ambos. Contudo, é necessário que hajam mais estudos para aperfeiçoar a assistência de enfermagem, pois o conhecimento de novas práticas pode interferir na qualidade de vida e prevenir agravos na saúde.

REFERÊNCIAS

1. Greinert BRM, Milani RG. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. *Psicol. teor. prat.* vol.17 no.1 São Paulo abr. 2015.
2. Abuchaim ESV, Caldeira NT, Lucca MM, Varela M, Silva IA. Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(6):664-70.
3. Strapasso MR, Nedel MNB. Puerpério Imediato: desvendando o significado da maternidade. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2010 set;31(3):521-8.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. ISBN: 85-334-0355-0.
5. Teixeira RC, Mandú ENT, Corrêa ACP, Marcon SS. Necessidades de saúde de mulheres em pós-parto. *Escola Anna Nery* 19(4) Out-Dez 2015.
6. Gomes LA, Torquato VS, Feitosa AR, Souza, AR, Silva MAM, Pontes RJS. Identificação dos Fatores de Risco para Depressão Pós-Parto: Importância do Diagnóstico Precoce. *Rev. Rene*, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 117-123.
7. Meira BM, Pereira P AS, Silveira MFA, Gualda DMR, Júnior HPOS. Desafios para Profissionais da Atenção Primária no Cuidado à Mulher com Depressão Pós-Parto. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2015 Jul-Set; 24(3): 706-12.
8. Aguiar DT, Carneiro LS, Nunes DSM. A Mãe em Sofrimento Psíquico: Objeto da Ciência ou Sujeito da Clínica? *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol. 15, núm. 3, julio-septiembre, 2011, pp. 622-628 Universidade Federal do Rio de Janeiro.
9. Sousa DD, Prado LC, Piccinini CA. Representações Acerca da Maternidade no Contexto da Depressão Pós-Parto. *Psicol. Reflex. Crit.* vol.24 no.2 Porto Alegre 2011.

10. Salim NR, Araujo NM, Gualda DMR. Corpo e sexualidade: a experiência de um grupo de puérperas. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original 18(4):[08 telas] 2010.
11. Baptista MN, Baptista ASD, Torres ECR. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora, v. 7, nº 1, p. 39-48, Jan./Jun. 2006.
12. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. Rev Saúde Pública 2006;40(1):65-70.
13. Figueiredo B, Dias C. Escalas de avaliação da interação mãe-bebê: Versão portuguesa das interaction rating scales. Psic., Saúde & Doenças vol.14 no.3 Lisboa nov. 2013.
14. Frota AM, Bezerra AJ, Ferrer MLS, Martins MC, Silveira VG. Percepção materna em relação ao cuidado e desenvolvimento. RBPS, *Fortaleza*, 24(3): 245-250, jul./set., 2011.
15. Carlesso JPP, Souza APR. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. Rev. CEFAC. 2011 Nov-Dez; 13(6):1119-1126.
16. Schwengber DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós parto para a interação mãe-bebê. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal 2003.
17. Crestani AH, Rosa FFM, Souza APR, Pretto JP, Moro MP, Dias LA. experiência da maternidade e a dialogia mãe-filho com distúrbio de linguagem. Rev. CEFAC. 2012 Mar-Abr; 14(2):350-360.
18. Carlesso JPP, Souza APR, Moraes AB. Analise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. Rev. CEFAC. 2014 Mar-Abr; 16(2):500-510.
19. Carvalho C, Ramires VRR. Repercussões da depressão infantil e materna no brincar de crianças: revisão sistemática. Psicol. teor. prat. vol.15 no.2 São Paulo ago. 2013.

20. Motta MG, Lucion AB, Manfro GG. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. Rev. psiquiatra RS maio/ago 2005;27(2):165-176.
21. Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni, Rennó J. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. Rev. psiquiatr. clín. vol.33 no.2 São Paulo, 2006.
22. Arrais AR, Mourão MA, Fragalle B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.1, p.251-264, 2014.
23. Tavares M, Botelho M. Prevenir a Depressão Pós-Parto Uma análise ao conhecimento existente. Pensar Enfermagem Vol. 13 N.º 2 2º Semestre de 2009.0,,0.
24. Valença CN, Germano RM. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia da saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 129-139, abr./jun.2010.
25. Martins AB, Ribeiro J, Soler ZASG. Proposta de exercícios físicos no pós-parto. Um enfoque na atuação do enfermeiro obstetra. Invest Educ Enferm. 2011;29(1): 40 – 45.
26. Amorim MM, Andrade ER. Atuação do Enfermeiro no PSF Sobre Aleitamento Materno. Perspecticasonline.com volume 3, numero 9, 2009.
27. Shimoda GT, Silva IA. Necessidades de saúde de mulheres em processo de amamentação. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, 2010.
28. Francisquini AR, Higarashi HL, Serafim D, Bercini LO. Orientações Recebidas Durante a Gestação, Parto e Pós-Parto por um Grupo de Puérperas. Cienc Cuid Saude 2010 Out/Dez; 9(4):743-751.
29. Matos MG, Magalhães AS, Carneiro TF, Machado RN. Construindo o Vínculo Pai-Bebê: A Experiência dos Pais. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 22, n. 2, p. 261-271, mai./ago. 2017.

30. Cruz DCS, Sumam NS, Spíndola T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(4):690-7.
31. Moraes AODS, Simões VMF, Rodrigues LS, Batista RFL, Lamy ZC, Carvalho CA, Silva AAM, Ribeiro MRC. Sintomas Depressivos e de Ansiedade Maternos e Prejuízos na Relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. Cad. Saúde Pública vol.33 n.6 Rio de Janeiro 2017 Epub July 13, 2017.
32. Figueira P, Corrêa H, Diniz LM, Silva MAR. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. Rev Saúde Pública 2009;43(Supl. 1):79-84.
33. Shardosim JM, Heldet E. Escalas de rastreamento para a depressão pós-parto: uma revisão sistemática. Rev. Gaúcha Enferm. (Online) vol.32 no.1 Porto Alegre Mar. 2011.
34. Magalhães PVS, Pinheiro RT, Faria AD, Osório CM, Silva RA. Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. Rev. psiquiatr. clín. vol.33 no.5 São Paulo 2006.