

Assistência de enfermagem na depressão pós-parto e interação mãe e filho

Nursing assistance in post-breast depression and interaction mother and son

Asistencia de enfermería en la depresión post-parto e interacción madre y hijo

Thais Mara Reis¹, Maria Eduarda Ferreira de Paula Sousa¹, Rosieny Tadeu de Paula¹, Caroline Cristina Silva¹, Andreia das Dores Camilo¹, Marcio Antonio Resende²

RESUMO

Objetivo: Revisar na literatura científica 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 várias mulheres na fase puerperal, interferindo assim no vínculo afetivo entre a mãe-filho, como consequência pode ocorrer danos no desenvolvimento infantil, no processo da amamentação, comunicação verbal do bebê, entre outros. **Conclusão:** As ações de enfermagem em relação à prevenção, detecção da DPP 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 o da mãe.

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

ABSTRACT

Objective: Review a scientific literature the role and contributions of nurses in relation to Postpartum Depression. **Methods:** This article is an exploratory study through a bibliographical review on the theme "nursing care in postpartum depression and mother and child interaction". **Results:** Postpartum depression is a disease that affects several women in the puerperal phase, thus interfering in the affective bond between the mother-child, as a consequence can occur damages in the development of the child, in the process of breastfeeding, communication verbal of the baby, among others. **Conclusion:** Nursing actions regarding prevention, detection of PPD and treatment, are effective for the quality of life of the puerperal-child-family. The nurse must have knowledge and practice their actions to improve the quality of life of both the baby and the mother.

Key words: Postpartum Depression; Nurse; Quality of life.

RESUMEN

Objetivo: Revisar na literatura científica el papel y las contribuciones del enfermero en relación a la Depresión Post-Parto **Métodos:** este artículo se trata de un estudio exploratorio por medio de revisión bibliográfica acerca del tema "asistencia de enfermería en la depresión post". **Resultados:** "La depresión postparto es una enfermedad que acomete a varias mujeres en la fase puerperal, interfiriendo así en el vínculo afectivo entre la madre-hijo, como consecuencia puede ocurrir daños en el desarrollo infantil, en el proceso de la lactancia materna, comunicación verbal del bebé, entre otros. **Conclusión:** Las acciones de enfermería en relación a la prevención, detección de la DPP y tratamiento, se muestra eficaz para la calidad de vida de la puérpera-hijo-familia. El enfermero tiene que tener conocimiento y practicar sus acciones para así mejorar la calidad de vida tanto del bebé como del de la madre.

Palabra clave: Depresión post-parto; Enfermero; Calidad de vida.

¹ Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo Neves (UNIPTAN)

² Docente Centro Universitário Presidente Tancredo Neves (UNIPTAN).

DOI: 10.25248/REAS134_2018

Recebido em: 10/2017

Aceito em: 11/2017

Publicado em: 3/2018

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 depressão (GREINERT & MILANI, 2015).

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, podem ser que ocorram algumas interferências no processo de saúde-doença dessa gestante (ABUCHAIM *et al.* 2016).

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 relaciona com a amamentação (STRAPASSO & NEDEL, 2010). “Pode-se didaticamente dividir o puerpério em: imediato (1 ° ao 10° dia), tardio (11 ° ao 42° dia), e remoto (a partir do 43° dia)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.175).

No período pós-parto, a puérpera encontra-se mais sensível e conseqüentemente 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 depressão pós-parto (TEIXEIRA *et al.* 2015).

A depressão pós-parto (DPP) é uma doença que gera um transtorno mental e compromete o organismo como um todo, seja no pensamento, no físico e no 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 puérpera (GOMES *et al.* 2010).

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, por exemplo, a dificuldade de alguns profissionais de detectar os fatores de risco, a falta de prestar informações e ações de prevenção durante o pré-natal e a falta de estratégias baseadas nos cuidados com essas mulheres (MEIRA *et al.* 2015).

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, fragilidade, dentre outros. 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*” (AGUIAR; CARNEIRO; NUNES, 2011).

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 por simples fato de 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 assim sintomas de depressão pós-parto (SOUSA; PRADO; PICCININI, 2011).

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 tristeza (STRAPASSO & NEDEL, 2010).

A estrutura corporal da puérpera está 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 perineo e uma possível dificuldade de retornar a vida ativa sexual (SALIN; ARAUJO; GUALDA, 2010).

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 que a mãe se sinta triste e incapaz, tornando-a muita das vezes dependente financeiramente de outro provedor (GREINERT & MILANI, 2015).

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 pode gerar nas gestantes sintomas como boca seca; cefaleia; pupilas dilatadas, inquietação motora taquicardia e taquipneia (BAPTISTA; BAPTISTA; TORRES, 2006).

Outro aspecto importante a ser avaliado é a interação da mulher com o seu companheiro, famílias 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 depressivo (MORAES *et al.* 2006).

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, desinteresse. Há alguns outros sintomas identificados como ideias ou tentativas de suicídios (GOMES *et al.* 2010).

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, é importante ressaltar que nem todos os filhos de mães com DPP terão essas alterações (FIGUEIREDO & DIAS 2013).

Neste contexto, o 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.

METODOLOGIA

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. Foram estudados artigos publicados no período de 2001 até 2017.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Depressão pós-parto e a interação mãe e filho.

O desenvolvimento infantil é uma resposta de como a criança está sendo vinculada 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 desenvolvimento (FROTA *et al.* 2011).

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 realizar 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 depressivo (CARLESSO & SOUSA, 2011).

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 explorativos (FROTA *et al.* 2011).

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 vida (SCHWENGBER & PICCININI, 2003).

A amamentação é um período em que a mãe supre as necessidades do RN de maneira saudável e que contribui para o seu desenvolvimento, em alguns casos as puérperas com diagnóstico de DPP, não realiza o ato de amamentar e quando já se iniciou o processo muitas vezes é interrompido devido ao agravamento da doença. A falta de confiança e o medo de não conseguir amamentar o seu filho gera incapacidade de exercer a função materna (ABUCHAIM *et al.* 2016).

A interação materna com o filho acontece a todo o momento seja no toque, na expressão e na fala. Importante frisar 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 cerebral (CARLESSO & SOUZA, 2011).

O vínculo verbal quando não é satisfatório pode ser resultado da falta de comunicação da puérpera como 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 raiva (CRESTANI *et al.* 2012).

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 assim também no seu humor (CARLESSO *et al.* 2014).

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 infantil. (CARVALHO & RAMIRES, 2013).

Segundo MOTTA *et al.* (2005), a DPP materna afeta o sistema neurológico e o comportamental da criança, enquanto 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 puerperal (CAMACHO *et al.* 2006).

Ações de enfermagem para contribuição do vínculo mãe, filho e familiares.

Entre os métodos mais eficaz da enfermagem em relação a DPP, considera-se as ações preventivas 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 risco (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

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 consequências (TAVARES & BOTELHO, 2009).

Na estratégia da saúde da família, o enfermeiro consegue aproximar da gestante e juntamente com a equipe multidisciplinar, consegue informações sobre os fatores de risco que essa gestante está sujeita. Com isso, o profissional consegue planejar uma atenção direcionada e acolhedora de maneira que a paciente necessita, o apoio e a relação familiar são visíveis a este serviço, pois este atende os membros da família como um todo (VALENÇA & GERMANO, 2010).

No período gestacional o enfermeiro deve incentivar e orientar a gestante a fazer atividade física moderada, que resultará em uma melhor qualidade de vida à mulher e o bebê. No período parturiente e pós-parto também é essencial que se realize atividade física, pois as alterações sofridas pelo corpo como, por exemplo, o edema; dores musculares; fraqueza muscular; controle de peso, poderão ser amenizadas com atividade trazendo assim vantagem física e emocional tornando a mulher mais segura; animada e satisfeita com seu corpo e elevando sua autoestima (MARTINS; RIBEIRO; SOLER, 2011).

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 rápido (AMORIM & ANDRADE, 2009).

O enfermeiro deve-se atentar ao grau de dificuldade da mulher em relação ao processo de amamentação. Quando o profissional percebe essa dificuldade, ele muitas das 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, 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 informações (SHIMODA & SILVA, 2009).

O vínculo, não só materno, mas também o paterno, deve ser constante com o filho. A enfermagem deve orientar ao pai a realizar atividades de cuidados com o bebê e cuidados domiciliares. A importância de acariciar o filho é um momento em que o bebê se sente protegido e indiretamente reflete na autoconfiança da mãe uma vez que ela sente que não está sozinha e que o pai preocupa com o bem-estar do bebê (FRANCISQUINI; HIGARASHI; SERAFIM; BERCINI, 2010).

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, dar banho e brincar, por exemplo, 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 com a puérpera uma vez que vincula ainda mais os laços familiares (MATOS *et al.* 2017).

Na sala de parto quando o bebê nasce sem nenhuma anormalidade o ideal que aconteça o contato pele a pele do RN com a mãe, a sucção precoce, o reconhecimento do cheiro da mãe, da voz são práticas que estimulam o contato físico, ocorrendo assim à efetividade de ambos, esse contato faz com que a mãe se sinta realizada, segura, e com bem-estar, trazendo consigo sentimento de amor e aconchego juntamente ao filho (CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007).

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 o bebê com o acompanhamento e a identificação dos fatores de risco da depressão a equipe de saúde favorece a prevenção da doença (MORAIS *et al.* 2017).

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-parto (FIGUEIRA *et al.* 2009).

A escala tem como princípio avaliar os sintomas como ansiedade, sintomas motores, sintomas somáticos, irritabilidade, comportamento social, humor, aspecto cognitivos. O enfermeiro deve avaliar os sintomas em que o indivíduo vivencia e aprofundar nesse sintoma e através disso ele vai 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 ser avaliadas, por isso, o enfermeiro tem que ter conhecimento para adequar a melhor escala a cada tipo de paciente (SHARDOSIM & HELDET, 2011).

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 como vimos a doença também atinge a saúde da criança. É utilizado ainda pela puérpera o uso de antidepressivos para ajudar no tratamento (MAGALHÃES *et al.* 2006).

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 conseqüentemente interfere na saúde dos familiares e no desenvolvimento do bebê. O enfermeiro, por ter contato direto com a puérpera-bebê-família, consegue intervir as suas ações e gerando qualidade de vida para ambos. Contudo, é necessário que haja mais estudos para aperfeiçoar ainda mais a assistência de enfermagem, pois o conhecimento de novas práticas pode interferir na qualidade de vida e prevenir agravos na saúde.

REFERÊNCIAS

1. ABUCHAIM ESV, CALDEIRA NT, LUCCA M M, VARELA M, SILVA IA. Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(6):664-70.
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. 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, julho-setembro, 2011, pp. 622-628 Universidade Federal do Rio de Janeiro.
4. AMORIM M M, ANDRADE ER. Atuação do Enfermeiro no PSF Sobre Aleitamento Materno. *Perspecticasonline.com* volume 3, numero 9, 2009.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. CAMACHO RS, CANTINELLI FS, RIBEIRO CS, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev. psiquiatr. clín.* vol.33 no.2 São Paulo, 2006.
9. CARLESSO JPP, SOUZA APR. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. *Rev. CEFAC.* 2011 Nov-Dez; 13(6):1119-1126.
10. CARLESSO JPP, SOUZA APR. Dialogia mãe-filho em contextos de depressão materna: revisão de literatura. *Rev. CEFAC.* 2011 Nov-Dez; 13(6):1119-1126.
11. CARLESSO JPP, SOUZA APR, MORAES AB. Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. *Rev. CEFAC.* 2014 Mar-Abr; 16(2):500-510.
12. 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.
13. CRESTANI AH, ROSA FFM, SOUZA APR, et al. A experiência da maternidade e a dialogia mãe-filho com distúrbio de linguagem. *Rev. CEFAC.* 2012 Mar-Abr; 14(2):350-360.
14. 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.
15. FIGUEIRA P, CORRÊA H, DINIZ LM, et al. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Rev Saúde Pública* 2009;43(Supl. 1):79-84.
16. 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.
17. FRANCISQUINI AR, HIGARASHI HL, SERAFIM D, et al. Orientações Recebidas Durante a Gestação, Parto e Pós-Parto por um Grupo de Puérperas. *Cienc Cuid Saude* 2010 Out/Dez; 9(4):743-751.
18. FROTA AM, BEZERRA AJ, FERRER MLS, et al. Percepção materna em relação ao cuidado e desenvolvimento. *RBPS, Fortaleza*, 24(3): 245-250, jul./set., 2011.
19. FROTA AM, BEZERRA AJ, FERRER MLS, et al. Percepção materna em relação ao cuidado e desenvolvimento. *RBPS, Fortaleza*, 24(3): 245-250, jul./set., 2011.
20. GOMES LA, TORQUATO VS, FEITOS AR, et al. Identificação dos Fatores de Risco para Depressão Pós-Parto: Importância do Diagnóstico Precoce. *Rev. Rene*, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 117-123.
21. GOMES LA, TORQUATO VS, FEITOZA AR, et al. Identificação Dos Fatores de Risco para Depressão Pós-Parto: Importância do Diagnóstico Precoce. *Rev. Rene*, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 117-123.
22. GREINERT BR, MILANI RG. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. *Psicol. teor. prat.* vol.17 no.1 São Paulo abr. 2015.
23. MAGALHÃES PVS, PINHEIRO RT, FARIA AD; OSÓRIO CM et al. Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. *Rev. psiquiatr. clín.* vol.33 no.5 São Paulo 2006.
24. 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.
25. MATOS MG, MAGALHÃES AS, CARNEIRO TF, et al. Construindo o Vínculo Pai-Bebê: A Experiência dos Pais. *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 22, n. 2, p. 261-271, mai./ago. 2017.
26. MEIRA BM, PEREIRA PAS, SILVEIRA MFA, et al. 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.
27. MORAES IGS, PINHEIRO RT, SILVA RA, et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2006;40(1):65-70.
28. MORAIS AODS, SIMÕES VMF, RODRIGUES LS, et al. 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.
29. MOTTA MG, LUCION AB, MANFRO GG. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Rev psiquiatr RS* maio/ago 2005;27(2):165-176.
30. 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].
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. STRAPASSO MR, NEDEL MNB. Puerpério Imediato: desvendando o significado da maternidade. *Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS)* 2010 set;31(3):521-8.
36. STRAPASSO MR, NEDEL MNB. Puerpério Imediato: Desvendando o Significado da Maternidade. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online) [online]. 2010, vol.31, n.3, pp.521-528. ISSN 1983-1447.
37. 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.
38. TEIXEIRA RC, MANDÚ ENT, CORRÊA ACP, et al. Necessidades de saúde de mulheres em pós-parto. *Escola Anna Nery* 19(4) Out-Dez 2015.
39. VALENÇA CN, GERMANO R M. 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.