

Depressão pós-parto: repercussões e interações uma revisão de artigos sobre dpp e o diálogo com a espiritualidade

Pesquisador: Gerson Silva Almeida

Co- autores: Fabiana Bocalila; Renata Costa; Assef Jorge, Alberto Lopes, Cristiane Lopes; Cristiane Ramalho; Emerson Silva, Bruna Feix.

Orientador: Prof. Dr. Silas Molochenco

assessor.cademica@teologica.br

Faculdade Teológica Batista de São Paulo

Departamento de graduação em Teologia

Eixo temático: Ministério

Categoria: Pôster

RESUMO

A depressão puerperal é um quadro, moderado ou grave de início insidioso, normalmente após a segunda ou terceira semana do pós-parto. Considerada uma síndrome psiquiátrica, a depressão pós-parto (DPP) acaba repercutindo diretamente na interação mãe-filho de uma forma negativa e promove um desgaste progressivo na relação com familiares. A família e a religião têm um papel fundamental na vida e no suporte à puérpera com DPP, cada membro é mais que uma parte, é um indivíduo essencial de um todo e qualquer alteração na rotina deste, altera toda a rotina da família. É evidente a importância de uma abordagem em perinatologia,¹ para identificar a DPP e as repercussões que esta condição tem para a mãe e seu filho, portanto, o presente estudo buscou identificar o comportamento familiar perante a puérpera com depressão pós-parto, quais conseqüências isso pode trazer ao recém-nascido e como o conselheiro pastoral pode ajudar no processo de cura. Utilizamos como metodologia uma pesquisa bibliográfica de publicações científicas nacionais relacionadas com o tema, no período de 1999 a 2009.

Palavras chaves: depressão pós parto, família, interação mãe-bebê, aconselhamento

INTRODUÇÃO

O puerpério é uma fase de profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher, sendo assim, aumentam os riscos para o aparecimento dos transtornos psiquiátricos. A depressão pós-parto é uma síndrome psiquiátrica importante que em geral, repercute na interação

¹ Perinatologia é o período integral da gestação, parto e puerpério.

mãe-filho de forma negativa e promove um desgaste progressivo na relação com familiares. A saúde mental é um componente fundamental da saúde humana, portanto promovê-la é um dever dos profissionais envolvidos no cuidado humano (SILVA e BOTTI, 2005), dos quais o sacerdote atua como suporte social seja como conselheiro direto ou líder religioso.

No caso de mulheres primíparas¹, esta fase pode estender-se, uma vez que a inexperiências associada a sentimentos de ansiedade, medo, esperança, entre outros somatizam-se e produzem o quadro de instabilidade ainda maior do que o natural. É nesta fase que a mulher encontra-se exposta a maiores riscos de aparecimento de transtornos mentais em relação a outras fases da vida, uma vez que suas defesas tanto físicas quanto psicossociais são direcionadas à proteção e vulnerabilidade do bebê (SILVA e BOTTI, 2005).

O nascimento de um bebê, principalmente em se tratando do primeiro filho, tem sido considerado por diversos autores como um evento propício ao surgimento de problemas emocionais nos pais, como depressões, psicoses pós-parto e manifestações psicossomáticas (SCHWENGBER e PICCININI, 2003). Fatores como temperamento da criança, estresse pelos cuidados com ela ou complicações neonatais têm sido também associados ao início da sintomatologia depressiva pós-parto (ZINGA, PHILLIPS e BORN, 2005).

A palavra depressão no seu uso habitual pode significar tanto um estado afetivo normal, quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s). Frequentemente, é associada a reações normais diante de determinados sofrimentos e sentimentos de perda. Como síndrome ou doença, a depressão inclui alterações de humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas (CRUZ, SIMÕES e CURY 2005).

A depressão puerperal é um quadro depressivo, moderado ou grave de início insidioso, normalmente após a segunda ou terceira semana do pós-parto (BOTEGA e DIAS apud NEME, 2005).

Dentre os transtornos depressivos sofridos por mulheres está a depressão puerperal (DPP), que pode acometer cerca de 6,8 a 16,5% das mulheres adultas e até 26% das adolescentes, em estudo transversal brasileiro, com mulheres no 10º dia de puerpério, encontraram prevalência de 16% de sintomas depressivos (CRUZ, SIMÕES e CURY 2005).

A alta prevalência de depressão pós-parto encontrada reforça seu significado como problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento. O acompanhamento cuidadoso de mães, em especial as de baixa renda, por meio de ação integrada que leve em conta

¹ Primípara: indica o primeiro parto.

as variáveis associadas à depressão, pode prevenir graves problemas pessoais e familiares que decorrem da DPP (MORAES et al.,2006).

OBJETIVO: Identificar o comportamento familiar frente à puérpera com depressão pós parto, e as conseqüências ao desenvolvimento do RN.

MÉTODO: A pesquisa bibliográfica compreende o levantamento de publicações científicas nacionais e internacionais relacionadas com o tema, no período de 1999 a 2009. As bases de dados informatizadas consultadas foram: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MedLine), Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); e base de texto: Scientific Electronic Library Online (SciELO), onde foram selecionadas as publicações nos idiomas inglês e português, além disso, foram consultados livros texto disponíveis nas bibliotecas Pe. Inocente Radrizzani (CUSC) e Dirce Kaschel (FTBSP). Durante a consulta foram utilizados os seguintes descritores: Depressão Pós Parto, Família, Interação mãe/bebê, Aconselhamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: A depressão pós-parto (DPP) é um importante problema de saúde pública, afetando tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento de seu filho. De acordo com os critérios do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders da American Psychiatric Association (DSM-IV - APA), geralmente a sintomatologia da DPP não difere da sintomatologia dos episódios de alteração do humor que ocorrem fora do puerpério (MORAES et al, 2006).

A literatura demonstra que um histórico pessoal ou familiar de doença psiquiátrica pode aumentar o risco de graves transtornos emocionais e pós parto. Isso inclui histórico psiquiátrico e transtornos de humor ou ansiedade, inclusive síndrome pré-menstrual ou abuso sexual, e histórico familiar de transtornos psiquiátrico (ZINGA, PHILLIPS e BORN, 2005).

O início nas quatro primeiras semanas do pós-parto é apenas especificador, que pode ser aplicado aos vários transtornos do humor. Por sua vez, o episódio depressivo maior é definido pela vigência de determinados sintomas pelo período mínimo de duas semanas, sendo obrigatória a presença do humor depressivo ou anedonia (diminuição ou perda do interesse nas atividades anteriormente agradáveis), associado a quatro dentre os demais sintomas: mudança significativa de peso ou do apetite, insônia ou sono excessivo, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de desvalia ou culpa, perda de concentração e idéias de morte ou suicídio (CRUZ; SIMÕES e CURY, 2005).

A prevalência da DPP está entre 10 e 20% de acordo com a maioria dos estudos e as variações entre os índices de prevalência devem-

se, provavelmente, ao uso de critérios diagnósticos e métodos diversos, bem como a diferenças econômicas e culturais entre os grupos estudados (MORAES et al., 2006).

Menor escolaridade e baixo nível socioeconômico são os fatores mais comumente associados com DPP. Entre os fatores psicossociais que mais apresentam associação aparecem o baixo suporte social, história de doença psiquiátrica, tristeza pós-parto, depressão pré-natal, baixa auto-estima, ansiedade pré-natal, stress na vida, gravidez não planejada, tentativa de interromper a gravidez, transtorno disfórico pré-menstrual e sentimentos negativos em relação à criança (MORAES et al, 2006).

Os primeiros dias e semanas após o nascimento, constituem um período fundamental para o estabelecimento de uma ligação afetiva entre, mãe e seu bebê (CHRISTOFELL et al., 2006). Para Schwengber e Piccinini (2003) até mesmo as formas mais brandas de depressão da mãe podem afetar o bebê, na medida que ele percebe as mínimas deficiências na contingência no comportamento da mãe, relatam ainda que há relação entre a ocorrência de DPP e problemas de comportamento da criança aos vinte e oito e trinta e seis meses e aos quatro anos de idade.

Desta forma o contato da criança com o pai ou outro adulto não deprimido da família deverá ser promovido a fim de minimizar o impacto da depressão materna para a criança. De qualquer modo é importante que essas famílias, cuja mãe apresente depressão, sejam acompanhadas através de atividades de prevenção e intervenção visando a promoção da saúde mental tanto das mães, como das crianças e das suas famílias (FRIZZO e PICCININI, 2005).

A mudança pela qual a família sofre, quando a mãe passa pelo processo depressivo, e defendido por Wright e Leahely (2002), como um conceito que ajuda a reconhecer que um fato significativo ou uma modificação de um dos membros da família afeta todos em graus variados. Afirmam ainda que a família é capaz de gerar um equilíbrio entre mudança e estabilidade, as famílias estão realmente em um estado de fluxo constante e sempre em alteração.

A TRANSIÇÃO DE PAPEL E A DEPRESSÃO

Qualquer gravidez, mesmo sendo bem aceita, planejada e oriunda de pais saudáveis, sempre trará consigo alguns temores e ansiedades (CHRISTOFELL et al., 2006).

A vivência no puerpério, da transição ao papel materno, exige a operacionalização do cuidado humano transicional, o qual auxilia a mulher a movimentar-se dentro da transição com maior autonomia e desprendimento para captar, enfrentar e adaptar-se ao novo papel.

Somente alcança a transição quando ocorre a adaptação (ZAGONELI et al., 2003).

A vulnerabilidade da mulher ao desenvolvimento ou agravamento da depressão após o nascimento de um filho tem sido ressaltada em diversos estudos. Alguns autores têm enfatizado que uma combinação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos pode significar risco para a depressão pós-parto (SCHWENGBER e PICCININI, 2003).

Segundo Shimo e Nakano (1999), a labilidade emocional é o padrão mais característico na primeira semana após o parto: euforia e a depressão alteram-se rapidamente, isso é explicado pelo rápido declínio hormonal do progesterona e do estrógeno, do conflito sobre o papel materno e da insegurança pessoal, afirmam ainda que a transição para a maternidade é um processo comportamental complexo. Os pais mal preparados para as mudanças no relacionamento com a integração de um novo membro na família terão mais dificuldades para efetuarem a transição necessária.

Existe uma associação entre a ocorrência da depressão pós-parto e o pouco suporte oferecido pelo parceiro ou por outras pessoas com quem a mãe mantém relacionamento, o não planejamento da gestação, o nascimento prematuro e a morte do bebê, a dificuldade em amamentar e a dificuldades no parto (SCHWENGBER e PICCININI, 2003).

Com relação à adaptação materna diante do novo papel EDWARDS (2002, p.466) evidencia três fases evidentes neste período, a fase dependente, a fase dependente-independente e a fase interdependente.

As características da *fase dependente* estão relacionadas à habilidade de adaptar-se, o que leva em média vinte e quatro horas ou até dois dias, cujo enfoque é em si mesma. A segunda *fase dependente-independente* inicia no segundo ou terceiro dia e dura de dez dias a várias semanas. O enfoque está no cuidado do bebê e competência em desempenhar ou direcionar este cuidado. Tem necessidade de aceitação, ansia em aprender e praticar – período ideal para orientações lida com desconfortos físicos, mudanças emocionais e pode experimentar melancolia. A *fase interdependente* concretiza-se quando a mãe e sua família movimentam-se sob a forma de uma unidade, como membros em interação, ocorre a reafirmação do relacionamento com o companheiro, retomada da atividade sexual e resolução dos papéis individuais (EDWARDS 2002, p.466). Para Christofell et al., 2006 o período de transição de papel da puérpera, trata-se de um processo de aprendizagem no qual as mulheres precisam de apoio e orientação.

Sank apud EDWARDS (2002, p.457) também descreve a paternidade/maternidade como um processo de aquisição e de transição do papel iniciado na gestação. A transição acaba quando os pais

desenvolvem a sensação de conforto e de confiança no desempenho do papel de pais. O processo tem dois componentes. O primeiro envolve o conhecimento e a habilidade nas atividades de cuidado do bebê e o segundo, abrange a valorização e o conforto, a atitude de carinho, a conscientização e a preocupação com as necessidades e com os desejos do bebê”.

O IMPACTO DA DPP AO DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ

A condição de desamparo em que o recém-nascido chega ao mundo estabelece uma necessária relação de dependência com sua mãe. Devido a esse tipo de relação, necessária no início da vida, o bebê é intensamente afetado na construção de sua personalidade pela natureza dos laços maternos. A mãe, por sua vez, tem sua disponibilidade afetiva, ou seja, seu equilíbrio emocional afetado, por uma extensa rede de influências internas e externas que influenciam positiva ou negativamente suas condições de maternagem (MACIEL e ROSEMBURG, 2006).

As relações entre o bebê e sua mãe, construídas principalmente no primeiro ano de vida, período de extrema plasticidade do recém-nascido, acabam estabelecendo desde muito cedo o modelo básico de como ele se relacionará consigo mesmo e com os outros, durante a sua vida. Esse modelo básico o acompanhará sem grandes mudanças, na maioria dos casos, até a vida adulta, embora ele possa viver experiências que tragam enriquecimento e progresso pessoal (MACIEL e ROSEMBURG, 2006).

Vários têm sido os achados neurológicos e comportamentais no bebê associados à depressão da mãe, tais como patologias do apego, alterações no Eletroencefalograma (EEG) e no desenvolvimento mental e motor. Os bebês de mães deprimidas apresentam mais freqüentemente alterações comportamentais, tais como evitação do olhar e menor vocalização. Na criança maior, quando a depressão materna se prolongou pelo menos durante o primeiro ano de vida, foi observada uma freqüência significativa de alterações persistentes do EEG, alterações cognitivas com déficit de aprendizado, transtorno depressivo e sintomas de internalização (MOTTA, LUCION e MANFRO, 2005).

A literatura tem sido consistente em caracterizar que mães deprimidas tendem a ser menos responsivas a seu bebê do que mães não deprimidas, mães deprimidas tipicamente demonstram afeto abatido ou apático (*flat affect*) e estimulam menos seus bebês (FRIZZO e PICCININI, 2005) e que a experiência de ser alimentado, acariciado, olhado nos olhos e de ouvir as palavras carinhosas da mãe gera no bebê a vivência de um seio bom, gratificador, que faz com que ele tenha a experiência de algo externo bom, assegurador, tranquilizante (MACIEL e ROSEMBURG, 2006).

Os bebês tendem a ser particularmente vulneráveis ao impacto da depressão materna, porque dependem muito da qualidade dos cuidados e da responsividade emocional da mãe. De acordo com a falta de responsividade materna nos primeiros meses de vida parece provocar uma mudança desenvolvimento mental no bebê, pois tem sido empiricamente relacionada com um baixo envolvimento com pessoas e objetos ao final do primeiro ano de vida do bebê (FRIZZO e PICCININI, 2005).

O estilo de interação emocional ao qual o bebê está exposto pode ser mais crítico que o diagnóstico de depressão materna em si. No entanto, é significativa a associação de depressão materna e alterações no padrão de interação mãe-bebê. Além disso, parece haver um impacto menor da depressão materna na relação mãe-bebê e no desenvolvimento da criança quando outros fatores de risco não estão associados, como baixo apoio marital ou da família mais ampla e baixo status socioeconômico (MOTTA, LUCION e MANFRO, 2005).

É fundamental o reconhecimento da importância do período inicial como crítico para o desenvolvimento do indivíduo, considerando os achados neuroendócrinos, autonômicos e psicológicos na criança associados à depressão materna. Assim sendo, é crucial o apoio familiar, terapêutico e social para que mães deprimidas possam exercer sua maternagem adequadamente (MOTTA, LUCION e MANFRO, 2005).

A Família e o Processo de mudança

A mudança em um membro afeta a todos na família, este conceito ajuda a reconhecer que um fato significativo ou a modificação de um dos membros da família afeta a todos em graus variados, se um membro da família começa a se modificar, não será possível aos outros em responder como anteriormente, pois agora um dele está agindo de modo diferente (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

A família é capaz de gerar um equilíbrio entre mudança e estabilidade, as famílias estão realmente em um estado de fluxo constante e sempre em alteração. Quando acontece uma mudança na família, após a perturbação, ocorre uma alteração para uma nova posição de equilíbrio. A família reorganiza-se ou se reequilibra de modo diferente da organização familiar anterior (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

A família, como um todo, é maior que a soma de suas partes, este conceito da teoria dos sistemas, aplicado às famílias, enfatiza que a “totalidade” da família é muito mais que a simples adição de cada membro da família. Os indivíduos são mais bem compreendidos dentro de um contexto maior, o qual normalmente é a família. (WRIGHT; LEAHEY, 2002; BOUSSO, 2006).

Acredita-se então que a puérpera sendo parte deste todo que é a família, o entendimento, bem como auxílio dos demais membros diante do quadro depressivo, se faz imprescindível ao processo de recuperação da mulher.

A pessoa com depressão geralmente está indecisa, alguém tem que tomar decisões inclusive para iniciar o tratamento. Sendo uma puérpera as vezes será necessário pedir ajuda a um outro membro da família, enfermeira ou babá, pois a paciente pode não estar em condições de cuidar do bebê até melhorar da depressão. Quem teve depressão puerperal uma vez, provavelmente também terá na próxima gravidez e/ou no próximo parto, mas é perfeitamente possível fazer um tratamento preventivo, portanto nada impede a mulher de engravidar novamente (SMELTZER; BARE, 2002).

Diante do problema a família deverá, se reorganizar e tomar decisões que possam auxiliar a puérpera se reintegrar ao seu papel dentro da família, bem como promover o crescimento saudável do bebê. Bousso (2006) entende que a família age escolhendo a “melhor opção”, tornando-se mais fácil quando todos da família estão de acordo. A melhor opção é a que oferece maior benefício e menor sofrimento a todos os membros da família.

A família se articula usando alguns elementos para chegar a uma decisão: *chegando a um consenso, decidindo sozinha e concordando com os outros.*

Para chegar a um consenso a família articula, conversa e argumenta, tomando assim a decisão. A decisão pode partir de um único membro que tenta assim diminuir o sofrimento dos outros. A decisão tomada pode intervir no futuro e pode gerar conflitos no núcleo familiar, os quais são superados ou não, de acordo com a dinâmica daquele núcleo.

CONCLUSÃO

Os artigos pesquisados neste trabalho evidenciam a necessidade de suporte familiar à puérpera com DPP e também a importância da avaliação precoce da depressão já durante a gestação. O conselheiro pastoral, identificando os sinais e sintomas, ou mesmo fatores que predisponham o quadro depressivo ainda na gestação, viabiliza a realização de intervenções, sendo um dos objetivos principais o de apoiá-la neste momento importante de transição. O atendimento precoce à mãe deprimida representa a possibilidade da prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de interação com o bebê, o qual pode trazer importantes repercussões para o seu desenvolvimento posterior.

A depender do seu acesso aos demais integrantes da família o conselheiro consegue focalizar a rede de suporte social da família (esposo, mãe, sogra, filhos mais velhos, amigos, igreja e espiritualidade, entre outros). O apoio familiar é fundamental durante todo o período gestacional auxiliando a compreensão da mulher quanto a mudança do seu papel no contexto familiar. Essa compreensão facilita tanto seu relacionamento com o recém-nascido como com os demais membros da família.

O ministério do aconselhamento pastoral se diferencia de outras abordagens de ajuda, como a medicina, psiquiatria e mesmo a psicoterapia, por ter acesso livre às pessoas. O pastor e o conselheiro pastoral estão onde as pessoas estão. Os pastores e conselheiros participam das vidas dos membros e frequentadores de igreja quando alguém nasce. Nos aniversários eles são convidados para a festa. Alguém adoece são chamados para visitar o paciente em sua residência, junto ao seu leito, se preciso for. Em crises é o pastor que oferece apoio, é ele que pode acompanhar as pessoas em tarefas difíceis (FRIESEN, 2000).

Também o aconselhamento pastoral se coloca na dimensão da capacitação (empowerment). Para Streck (1999), o aconselhamento pastoral não significa somente ajudar as pessoas nas necessidades espirituais e psicológicas, mas também ajudá-las a encontrarem caminhos para mudar a situação que gera a opressão. Isso se encaixa para o processo de tomada de decisão tanto do subsistema como do sistema familiar em geral (paciente/família).

Um aspecto importante da relação entre saúde, bem-estar e religião é o papel potencial da religião como forma de lidar com demandas, perdas e dificuldades internas ou externas (PARGAMENT, 1997). Desta forma, o *coping*¹ religioso tem sido definido como o conjunto de procedimentos cognitivos e comportamentais dos quais as pessoas lançam mão perante eventos difíceis ou estressantes da vida, que surgem ou estão vinculados à religião ou à espiritualidade de um indivíduo. Assim o *coping* religioso será mais adaptativo, ativo e focado nos problemas quando Deus é visto pelo sujeito como benevolente ou como um “ser de ajuda” (DALGALARRONDO, 2008).

Dalgalarrondo (2008) aponta ainda uma série de estudos empíricos em diversas populações a relação entre depressão, religião e religiosidade.

¹ Termo em inglês, sem tradução específica, utilizado para indicar mecanismos de apoio social ou estratégias de enfrentamento de crises.

Dentre ele uma revisão de 101 estudos no século XX que investigam a associação entre religiosidade e depressão, no qual, dois-terços (60 de 93) dos estudos encontraram prevalências mais baixas de transtornos depressivos ou menos sintomas em pessoas mais religiosas. Desses estudos, 68% também identificaram uma relação “dose-efeito”, na qual quanto maior a religiosidade menor a frequência de depressão. Finalmente, três em cinco estudos de intervenção, nos quais os participantes com depressão receberam ou participaram de intervenções religiosas (orações, conselhos religiosos, etc.) indicaram que aqueles que receberam tais intervenções (mais as “intervenções seculares”) melhoraram mais rapidamente do que os que receberam somente “intervenções seculares” (psicoterapia, aconselhamento ou medicação).

Fica assim evidente possibilidades de intervenção oferecidas pelo conselheiro às pacientes com depressão pós parto, intervenção esta que não estão isoladas dos demais integrantes da família, antes, conta com a participação de cada parte para que o todo adquira equilíbrio e bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOUSSO, Regina Szyliet. *Um tempo para chorar: A família dando sentido à morte prematura do filho*. São Paulo, 2006.
- CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, L. G.; CURY, A. F. *Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família*. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 04, abr 2005;
- DALGALARRONDO, Paulo. *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre : Artmed, 2008.
- EDWARDS, L. D. “Adaptação à paternidade/maternidade”. In: LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. *O cuidado em enfermagem materna*. 5.ed. Porto Alegre : Artmed, 2002.
- FRIESEN, Albert. *Cuidando do ser: treinamento em aconselhamento pastoral*. Curitiba : Esperança, 2000.
- FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. “Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos”. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, v.10, n.1, jan./abr. 2005.
- MACIEL, R. A.; ROSEMBURG, C. R. “A relação mãe-bebê e a estruturação da personalidade.” *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.15, n.2, mãe/ago. 2006.
- MORAES, I. G. S. et al. « Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados.” *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.40 n.1, jan/fev 2006.

- MOTTA, M. G.; LUCION, A. B.; MANFRO, G. G. “Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança.” *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 27, n.2, maio/ago 2005.
- NEME, B. *Obstetrícia Básica*. 3 ed. São Paulo: Sarvier, 2005.
- SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. “O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê.” *Estudo de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*, v.8, n.3, sep./dez. 2003.
- SHIMO, A. K. K.; NAKANO, A. M. S. “Adaptação psico física e social no puerpério: uma reflexão.” *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v.12, n.2, p. 58-65, 1999.
- SILVA, E. D.; BOTTI, N. C. L. “Depressão puerperal – uma revisão de literatura.” *Revista eletrônica de enfermagem*, v.7, n.02, p. 231-238, 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Tradução de Isabel Cristina Fonseca da Cruz. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.
- STRECK, V.S. *Terapia familiar e aconselhamento pastoral: uma experiência com famílias de baixos recursos*. São Leopoldo: Sinodal, 1999.
- WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. *Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 3 ed. São Paulo: Roca, 2002.
- ZAGONELI, I. P. S. et al. “O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério.” *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5, n. 2, p. 24 - 32, 2003. Acesso em 10/02/09. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
- ZINGA, D.; PHILLIPS, S. D.; BORN, L. – “Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented?” *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.27 n.02 p.56-64, out 2005.