

Visita domiciliária no pós-parto: avaliação das puérperas

Estela Almeida¹; Paula Nelas²; & João Duarte³

RESUMO

A maternidade é um período que se caracteriza pela necessidade de resolução de tarefas de desenvolvimento específicas e de viver uma crise própria, que se espera que seja ultrapassada com sucesso (Sousa, 2006). A adaptação à parentalidade/maternidade é um processo de transição. A visita domiciliária no pós-parto constitui uma estratégia de suporte e ajuda à puérpera e família neste processo de transição e permite intervir em diferentes áreas: de educação, interação, orientação e autonomia. Este estudo tem como objetivo avaliar a visita domiciliária no pós-parto. O estudo realizado é quantitativo, descritivo, correlacional e transversal. O instrumento de colheita de dados foi um questionário, aplicado a 175 puérperas na primeira visita domiciliária efetuada no pós-parto, é constituído por questões que permitem, fazer a caracterização sócio – demográfica e conhecer a história da gravidez. Inclui ainda as escalas de Satisfação com o Suporte Social (Pais Ribeiro, 1999), e Avaliação da Visita Domiciliária no Pós-Parto (Almeida, Nelas e Duarte, 2011), construída e validada neste estudo.

O estudo incidiu sobre 175 puérperas inscritas nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados de Resende, de Santa Marinha do Zêzere e de Lamego e na Unidade de Saúde Familiar Douro Vita. Os resultados mostraram que 45,70% das puérperas consideram a visita domiciliária insuficiente. Estes resultados permitem uma reflexão sobre as práticas atuais e contribuem para melhoria da qualidade dos cuidados prestados à puérpera e família.

Palavras-chave — Pós-Parto; Visita Domiciliária; Puérpera; Avaliação

ABSTRACT

Motherhood is a period which is characterized by the need to solve specific development tasks and by living a crisis of each own, which is expected to be overcome successfully (Sousa, 2006).

The adaptation to parenthood / motherhood is a transitional process. The after delivery home visit is a support and assistance strategy to the postpartum and her family in this transition process, and enables achievements in several areas: education, interaction, orientation, and autonomy.

The following study has as purpose to evaluate the postpartum home visits. This is a quantitative, descriptive, co-relational and transverse study. The collecting data instrument was a questionnaire answered by 175 mothers in the first postpartum home visit, made of questions which allow the socio – demographic description, to be acquainted with the pregnancy narration and also allow to include the scales of Satisfaction with Social Support (Pais Ribeiro, 1999), and the Assessment of the postpartum home visits (Almeida, Nelas and Duarte, 2011), which was made and validated for this study. The study focused on 175 mothers enrolled in the Health Care Units from Resende, Santa Marinha Zêzere and Lamego and from the Family Health Unit – Douro Vita. The results showed that 45.70% of the women considered the postpartum home visit insufficient. These results allow a reflection on current practices and contribute to improve the quality of the postpartum and her family health care.

¹ Enfermeira Especialista SMO. Unidade de Cuidados na Comunidade de Tarouca. Email: estelaalves2@gmail.com

² Enfermeira Especialista SMO. Professora na Escola Superior de Saúde de Viseu do IPV. Email: pnelas@gmail.com

³ Enfermeiro Especialista SMP. Professor na Escola Superior de Saúde de Viseu do IPV. Email: duarte.johnny@gmail.com

Keywords - Postpartum; Home Visit; Postpartum Woman; Assessment

INTRODUÇÃO

O puerpério, segundo Branden (2000, p. 392) estende-se entre o nascimento do bebé e a normalização de todas as funções fisiológicas. Neste período, ocorrem mudanças a nível físico e hormonal, exigindo que a mulher aprenda a lidar com o seu corpo e com as suas emoções, o que nem sempre é uma tarefa fácil. Aceitar o seu novo papel de mãe, conjugando-o com o de mulher, profissional e esposa, obriga a uma nova gestão do tempo e organização das atividades. Estes fatores e outros como as especificidades com o auto cuidado e os cuidados com o recém-nascido, vão contribuir para a alteração do equilíbrio da mulher, podendo afetar a sua qualidade de vida, tornando-a mais vulnerável a situações de ansiedade e stress. Na literatura mais recente muitos são os autores e diretivas que defendem como medida de suporte na adaptação à parentalidade a visita domiciliária à puérpera, recém-nascido e família, no período pós-parto.

Considerado como um período fisiológico, acarreta alguns desconfortos que influenciam o bem-estar físico e emocional da mulher. As modificações a nível físico, social, biológico e psicológico que ocorrem no puerpério implicam um conjunto de adaptações por parte da puérpera e família. Pensar e perspetivar as adaptações psicossociais do puerpério implica conhecer todo o desenvolvimento psicológico da maternidade, desde a concepção até ao estabelecimento da relação mãe/filho, ou seja, o processo de adaptação à parentalidade. Para avaliar a adaptação da puérpera ao seu novo papel de mãe é fundamental a avaliação das condições psicossociais através da observação da interação com o bebé, do conhecimento do desempenho das responsabilidades diárias, do impacto do nascimento do bebé, do reinício das atividades sociais e da auto-estima.

Durante o exercício da parentalidade, os pais contam com “os recursos da própria família e da comunidade onde esta se encontra inserida”, (Cruz, Simões e Cury, 2005). Os Cuidados de Saúde Primários têm uma função privilegiada no processo de transição para a parentalidade e na prevenção de complicações, através do suporte que é dado à puérpera e família sob a forma de apoio material, informacional, emocional e afetivo. Esse apoio é efetuado na visita domiciliária, realizada o mais precocemente possível, após a alta hospitalar, preferencialmente ao segundo ou terceiro dia. O domicílio não é apenas o espaço físico onde a puérpera habita, mas o local que vive e para onde são levados sentimentos, atitudes, comportamentos e aspirações, pelo que os cuidados de enfermagem no domicílio envolvem mais que realização de técnicas e procedimentos, englobam aspetos como a empatia,

preocupação, interesse e apoio nas dificuldades, razão pela qual a(o) enfermeira(o) deve apresentar-se, esclarecer a razão da visita, dar conhecimento do tipo de ajuda que pode prestar e incentivar a puérpera a verbalizar as suas necessidades. A relação de ajuda assume-se assim “como indispensável na prestação de cuidados de enfermagem, sendo considerada um instrumento válido e útil para os mesmos”, (Mendes, 2006).

Embora a principal intervenção de enfermagem, durante a visita domiciliária englobe aconselhamento, apoio, orientação antecipada ou acompanhamento, podem ainda ser prestados cuidados de saúde, como por exemplo efetuar tratamento à ferida cirúrgica à puérpera ou colheita de sangue ao recém-nascido para rastreio metabólico, entre outros. O papel do enfermeiro no domicílio passa, também por ajudar os pais a descobrir e interpretar os sinais do bebé, facultando estratégias para interagir e cuidar dele, disponibilizando informação e valorizando as competências adquiridas. Para tal é necessário que o enfermeiro desenvolva um trabalho de parceria com a família através do ensino, instrução, treino e supervisão dos cuidados ao bebé, até que esta adquira autonomia e sinta confiança e segurança. Face ao exposto colocamos as seguintes questões de investigação: Qual a avaliação que as puérperas atribuem à visita domiciliária?

De que modo a visita domiciliária no pós-parto é influenciada pela idade e número de gestações anteriores?

De que forma a perceção do suporte social está relacionada com a avaliação da visita domiciliária?

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo realizado é de natureza quantitativa, descritivo, correlacional e transversal. Este estudo tem como objetivos avaliar a visita domiciliária no pós-parto e analisar a relação entre a avaliação da visita domiciliária e algumas variáveis.

O instrumento de recolha de dados utilizado foi um questionário, aplicado a 175 puérperas inscritas na UCSP de Resende, Lamego, de Santa Marinha do Zêzere e USF Douro Vita de Lamego, na primeira visita domiciliária efetuada no pós-parto. Este, é constituído por três partes. A primeira parte inclui nove questões que comportam a caracterização da amostra. A segunda parte é constituída por seis questões que permitem conhecer a história da gravidez. A terceira parte é constituída pelas escalas, de Apgar Familiar (Azeredo e Matos, 1989), Satisfação com o Suporte Social (Pais Ribeiro, 1999), de Ansiedade de Auto-Avaliação de Zung (Vaz Serra, 1982), de Edimburgo para a depressão pós-parto (Augusto, Kumar, Calheiros, Matos e Figueiredo, 1996) e de Avaliação da Visita Domiciliária no Pós-Parto (Almeida, Nelas e Duarte, 2011) construída e validada neste estudo.

A recolha de dados foi efetuada no período de Janeiro a Maio de 2011, através do questionário referido anteriormente, que foi disponibilizado às puérperas após a realização da primeira visita domiciliária e posteriormente entregue pelas mesmas nas respetivas Unidades de Saúde. Antes das puérperas responderem ao questionário, foram infor-

madas dos objetivos do estudo, da equipa responsável pelo mesmo, da confidencialidade e anonimato dos dados e que poderiam, naturalmente recusar participar. Foram ainda, respeitados os trâmites éticos e legais, nomeadamente o pedido de autorização aos Coordenadores da UCSP de Resende, da UCSP de Lamego, UCSP de Santa Marinha do Zêzere e USF Douro Vita – Lamego.

RESULTADOS

Participaram neste estudo 175 puérperas com idades compreendidas entre os 18 e os 38 anos com uma média de idades de 28,47 (cf. quadro 1). Relativamente ao estado civil, 92,60% das puérperas são casadas ou vivem em união de facto. Têm nacionalidade portuguesa 100% das puérperas. A maioria (64,60%) vive com o marido e filhos. Quanto à escolaridade apenas 14,90% das puérperas possui licenciatura. No que diz respeito à profissão, a maior percentagem (53,70%), das puérperas não têm emprego. A maior parte das participantes residem na aldeia (61,10%) e têm família a residir na proximidade (77,70%) da amostra. Salientamos que 32,60% das participantes diz que a família reside a uma distância igual ou inferior a 1 km da sua habitação.

Quadro 1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra

Caraterização da amostra	Total	
	N	%
Idade		
<23 anos	47	26,90
24-29 anos	41	23,40
anos	47	26,90
>33 anos	40	22,90
Estado civil		
Solteira	13	07,40
Casada/União de facto	162	92,60
Coabitação		
Marido	38	21,70
Marido e filhos	113	64,60
País	24	13,70
Escolaridade		
1º ciclo	05	02,90
2º ciclo	45	25,70
3º ciclo	57	32,60
Ensino secundário	42	24,00
Licenciatura	26	14,90
Profissão		
Técnicas e profissionais de nível intermédio	23	13,10
Trabalhadoras não qualificadas	58	33,10
Sem Emprego	94	53,70
Relação com o emprego		
Emprego a Tempo Integral	81	46,30
Desempregada	94	53,70
Residência		
Aldeia	107	61,10
Vila	56	32,00
Cidade	12	06,90
Família a residir na proximidade		
Sim	136	77,70
Não	39	22,30
Distância da família em km		
<1 km	57	32,60
2-5 kms	46	26,30
≥ 6 kms	29	16,60

Analisando o quadro 2 podemos verificar que o número de gestações anteriores varia entre 0 e 3 e para a maioria

das puérperas (52,60%) trata-se do primeiro parto. A grande maioria (69,70%) planeou a gravidez e em 100% dos casos a gravidez foi vigiada, a maior parte das puérperas teve mais de cinco consultas (93,10%). Só 6,90% das puérperas frequentaram o curso de preparação para a parentalidade.

Quadro 2 – Distribuição das puérperas segundo as variáveis obstétricas

Variáveis	Total	
	N	%
N.º de gestações anteriores		
0	85	48.60
1	58	33.10
2	27	15.40
3	05	02.90
N.º de partos anteriores		
0	92	52.60
1	62	35.40
2	21	12.00
Gravidez planeada	122	69.70
Vigilância da gravidez	175	100.00
N.º de consultas		
<5	12	6,90
≥5	163	93.10
Preparação para a parentalidade		
Sim	12	06.90
Não	163	93.10

Visita Domiciliária

As estatísticas da dimensão ensino variam entre 23 e 39 (cf. quadro 3). A dimensão importância oscila entre um valor mínimo de 18 e um máximo de 27. A dimensão empatia e relação tem um valor mínimo de 14 e máximo 24 pontos. A dimensão informação varia entre um mínimo de 11 e um máximo de 17 pontos. A visita domiciliária global apresenta um mínimo de 71 e uma pontuação máxima foi de 105 pontos, a média centra-se nos 88,30, com um desvio padrão de 10,30 e um coeficiente de variação de 11,66. Pelo Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors verificamos que a distribuição de dados referentes à variável dependente (escala da visita domiciliária no pós-parto), não se encontra enquadrada na normalidade em nenhuma das suas dimensões, nem no global, ($p=0,000$).

Quadro 3 – Estatísticas relativas à avaliação da visita domiciliária

Importância da visita domiciliária	Média	Dp	CV (%)	Mínimo	Máximo	K/Ep	Sk/Ep	K-S (p)
Ensino	31,90	4,760	14,92	23	39	-3,266**	0,283	0.000*
Importância	23,47	3,070	13,08	18	27	-3,589**	-2,266****	0.000*
Empatia e relação	18,83	3,152	16,74	14	24	-3,348**	2,750***	0.000*
Informação	13,96	1,460	10,46	11	17	-1,551	-4,984****	0.000*
Global	88,30	10,300	11,66	71	105	-3,309**	1,206	0.000*

Das puérperas que participaram no estudo 45,70% consideram a visita domiciliária insuficiente seguindo-se as que avaliam como boa com 37,70% (cf. tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das puérperas segundo a avaliação da visita domiciliária

Visita Domiciliária	N.º	%
Insuficiente	80	45.70
Moderada	29	16.60
Boa	66	37.70
TOTAL	175	100.00

Suporte Social

Analisando o quadro 4 podemos verificar que a pontuação obtida na dimensão satisfação com os amigos apresenta um mínimo de 11 e um máximo de 25 pontos com uma média de 19,97. A dimensão intimidade oscila entre um mínimo de 9 e um máximo de 20 pontos, com uma média de 13,53. A dimensão satisfação com a família situa-se entre o valor mínimo de 7 e o máximo de 15 pontos com uma média de 13,42. A dimensão atividades sociais varia entre o valor mínimo de 3 e máximo 14 com a média de 7,83. No global a pontuação mínima foi de 43 e a máxima de 72 pontos, a média centra-se nos 54,75, com um desvio padrão de 7,15 e um coeficiente de variação de 13,06%.

Quadro 4 – Estatísticas relativas à escala de satisfação com o suporte social

	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	CV (%)	MÍNIMO	MÁXIMO
Satisfação com os amigos	19,97	3,11	15,57	11	25
Intimidade	13,53	2,81	20,77	9	20
Satisfação com a Família	13,42	2,05	15,27	7	15
Atividades Sociais	7,83	3,24	41,38	3	14
Global	54,75	7,15	13,06	43	72

No que se refere ao suporte social, 72,00% das puérperas considera o suporte social recebido como alto (cf. tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das puérperas segundo o suporte social

SUPORTE SOCIAL	N.º	%
Baixo	-	0.00
Médio	49	28.00
Alto	126	72.00
TOTAL	175	100.00

Relação entre idade e a visita domiciliária no pós-parto

Dos resultados obtidos e apresentados no quadro 5 constatamos, que, as puérperas mais velhas apresentam, valores médios mais elevados em todas as dimensões e no global da escala. As puérperas do grupo dos 24 aos 29 são as que apresentam valores médios mais baixos nas dimensões ensino, empatia e relação e também no global da escala. Assim, constatamos a existência de diferenças estatísticas altamente significativas ($p<0,001$) para algumas dimensões; e significado estatístico para o global da escala ($p=0,043$).

Quadro 5 – Teste de Kruskal Wallis entre as dimensões da visita domiciliária e a idade

Idade	≤23 anos	24-29 anos	30-32 anos	≥33 anos	X ²	p
	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média		
Ensino	83,22	73,66	92,95	102,50	7,490	0,058
Importância	77,45	91,41	78,63	107,91	10,273	0,016*
Empatia e relação	94,24	57,41	98,97	99,13	20,298	0,000***
Informação	87,71	89,02	63,46	116,13	29,308	0,000***
Global	84,74	75,41	86,47	106,53	8,136	0,043*

Relação entre o número de gestações anteriores e a visita domiciliária no pós-parto

Para saber qual a relação entre o número de gestações anteriores e avaliação da visita domiciliária realizamos um Teste de Kruskal-Wallis. Pela análise do quadro 6, verificamos que as puérperas que já tiveram três gestações atribuem melhor avaliação às dimensões importância e informação e à visita domiciliária no global. Constatamos a existência de diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) para algumas dimensões e para o global da escala ($p = 0,018$).

Quadro 6 – Teste de Kruskal Wallis relacionando a visita domiciliária e suas dimensões com o número de gestações anteriores

N.º gestações anteriores	Nenhuma	Uma	Duas	Três	X ²	p
	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média		
Ensino	98,46	70,62	93,24	83,50	10,866	0,012*
Importância	91,31	71,98	108,94	104,50	11,598	0,009**
Empatia e relação	90,86	73,97	107,83	95,00	9,180	0,027*
Informação	92,24	85,47	73,54	123,50	6,764	0,080
Global	96,46	70,74	96,30	99,50	10,111	0,018*

* $p < 0,01$ ** $p < 0,01$

Relação entre o suporte social e a visita domiciliária no pós-parto

Para estudarmos a influência do suporte social na avaliação da visita domiciliária, utilizamos um teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos que as puérperas com alto suporte social apresentam valores superiores em todas as dimensões e no global da escala, com exceção para informação (cf. quadro 7). Verificamos a existência de significado estatístico em algumas dimensões, e no global da escala ($p = 0,000$).

Quadro 7 – Teste U de Mann-Whitney relacionando a visita domiciliária e suas dimensões com o suporte social

Suporte social	Ord. média	Ord. média	U-MN	P
Ensino	63,11	97,68	-4,069	0,000***
Importância	75,43	92,89	-2,073	0,038*
Empatia e relação	59,89	98,93	-4,636	0,000***
Informação	90,37	87,08	-0,432	0,666
Global	64,86	97,00	-3,773	0,000***

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O puerpério constitui para a puérpera e família um período de moldagem e adaptação aos novos papéis e a novas con-

dições quer estas sejam físicas, psicológicas ou familiares. Os cuidados domiciliares têm como objetivos promover, manter ou recuperar a saúde, onde o enfermeiro assume como principal função, a educativa.

Participaram neste estudo 175 puérperas com idades compreendidas entre os 18 e os 38 anos, inscritas na UCSP de Resende, Lamego, de Santa Marinha do Zêzere e USF Douro Vita de Lamego, às quais foi realizada visita domiciliária.

Relativamente à idade verificamos que as puérperas com 33 ou mais anos representam 22,90% da amostra, um número significativo que segue a tendência nacional, de as mulheres adiarem a maternidade para mais tarde umas por razões profissionais, outras até adquirirem uma estabilidade financeira. A idade estabelece uma relação direta com todas as dimensões, assim, são as puérperas mais velhas as que atribuem melhor avaliação a todas as dimensões (ensino, importância, empatia e relação, informação) e visita domiciliária global e o grupo etário dos 24 aos 29 anos é o que atribui uma avaliação inferior, o que em certa medida está de acordo com a opinião de Bobak, Lowdermilk e Jensen (1999, p. 880) as necessidades em cuidados de saúde variam com a idade.

No que diz respeito ao número de gestações anteriores varia entre 0 e 3. 48,60% das puérperas foram mães pela primeira vez. Os resultados evidenciaram que existe relação entre o número de gestações anteriores e avaliação da visita domiciliária. Verificamos que as puérperas que são mães pela primeira vez atribuem melhor avaliação à dimensão ensino. Os nossos resultados são convergentes com o estudo efetuado por Graça (1999, cit. por Torre, 2001, p.48), quando se refere à importância da visita domiciliária de carácter formativo como uma modalidade de intervenção que diminui significativamente as dificuldades das primíparas.

O suporte social é percebido como alto por 72% das puérperas. Salientamos que as puérperas que perceberam o suporte social como alto, apresentam valores superiores em todas as dimensões e no global da escala, exceptuando a informação. A este propósito Bacatum (2008, p.49), referencia no seu estudo que o apoio familiar e dos amigos nem sempre é suficiente para dar respostas às dificuldades das puérperas, necessitando estas de outro tipo de apoio mais especializado.

CONCLUSÕES

Pensamos, que a intervenção de enfermagem junto à puérpera e família, no seu contexto, contribui para uma melhor adequação dos cuidados a prestar e proporciona mais facilmente a oportunidade à mulher e casal de expressarem os seus sentimentos, nomeadamente sentimentos de perda de controlo por in experiência nos seus novos papéis. O enfermeiro especialista em saúde materna, avalia as capacidades e necessidades de aprendizagem da mãe e família, dando-lhes reforços positivos sobre as capacidades de desenvolvimento das suas habilidades em cuidar do filho e aumentando a sua auto estima e auto responsabilidade. A este propósito Bobak, Lowdermilk e Jensen (1999, p. 21), os enfermeiros de saúde

materna encontram-se numa posição ideal para oferecer ajuda durante o ciclo da maternidade. A assistência pode tomar a forma de ensino e aconselhamento.

A visita domiciliária é considerada importante e pertinente, principalmente no esclarecimento de dúvidas e evitando os desconfortos provocados pela deslocação da puérpera ao Centro de Saúde (Bacatum, 2008, p.50). Consideramos que, na prestação de cuidados de enfermagem à puérpera/família, o respeito pelas capacidades, crenças e valores e a empatia nas interações estabelecidas constituem elementos importantes para que a visita domiciliária seja bem sucedida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Augusto, Amílcar, [et al] (2010). *Versão portuguesa post-natal depression in the urban area of Portugal* [Em linha]. Cambridge: [s.n.]. Disponível em http://journals.cambridge.org/abstract_S0033291700033778.
- Azeredo, Zaida; Matos, Eduarda (1989). *Avaliação do relacionamento do idoso com a família em medicina familiar. Geriatria*, (Ano II, Vol.II, nº20, p.24-30). Lisboa.
- Azevedo, Maria (2007). *Cuidar da mãe e do filho, contributos dos cuidados de enfermagem, nos primeiros dias após o nascimento* [Em linha]. Porto: [s.n.]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bits-tream/10216/7174/2/>
- Bacatum, Cláudia; [et al] (2008). *A importância da visita domiciliária no período pós – parto. Enfermagem*, (nº51, p. 46-51). Lisboa.
- Bobak, Irene M.; Lowdermilk, Deitra L.; Jensen, Margaret D. (1999). *Enfermagem na maternidade*, (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Branden, Pennie S.(2000). *Enfermagem materno-infantil*, (2ªed.). Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso.

- Cruz, E.; Simões, G.; Cury, A. (2005). *Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família. Ginecologia e Obstetrícia*, (Vol. 27, n.4, p.1-20). Brasil.
- Encontro de Investigação, 3, Vila Real (2007). *Perspetivar a investigação em saúde: actas*. Vila Real: ESEVR.
- Graça, Luís Carlos (2003). *Dificuldades de primíparas na prestação de cuidados ao recém-nascido: um caso experimental. Enfermagem*, (nº 20/30, p.31-41). Lisboa.
- Mendes, João. *A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. Informar*. nº 36 (Janeiro/Junho 2006), p.71-77.
- Nelas, Paula; Ferreira, Manuela; Duarte, João (2008). *Motivação para a amamentação: construção de um instrumento de medida* [Em linha]. Coimbra: [nº 6]. Disponível em http://www.esenfc.pt/esenfc/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2094&id_rev=4&id_edicao=22.
- Pessoa, Krishna (2007). *A importância do vínculo materno na recuperação do recém-nascido prematuro* [Em linha]. Porto: [s.n.]. Disponível em WWW.cphd.com.br/trabalhos/cphd_922008103606.doc.
- Ribeiro, José Luís Pais (1999). *Escala de satisfação com o suporte social (esss). Análise Psicológica*, (Vol.17, nº:3, p.547-558). Lisboa.
- Ribeiro, Ilda [et al.]. *Visitação domiciliária à puérpera e recém-nascido: concepções e percepções. Enfermagem*. ISN 0871-0775. Nº 41 (Janeiro-Março 2006), p.35-44.
- Serra, Adriano Vaz (1982). *Aferição da Escala de auto-avaliação de Zung, numa amostra de população portuguesa – 1. Resultados da aplicação numa amostra de população normal. Psiquiatria Clínica*, (p. 191 – 202). Coimbra.
- Sousa, E. [et al.]. *Depressão pós-parto numa perspectiva preventiva. Nursing*. (Outubro 2006), p.10-14.
- Torre, Maria Augusta. *Cuidados de enfermagem à puérpera numa perspectiva antropológica*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2001.