

Ano 11, Vol XXI, Número 1, Jan-jun, 2018, Pág. 167-190.

O DIAGNÓSTICO DA DEPRESSÃO PÓS PARTO E O USO DA HIPNOTERAPIA COGNITIVA NO TRATAMENTO

Nayana Freitas da Silva & Daniel Cerdeira de Souza

RESUMO: A Depressão é um problema significativo de saúde pública. A especial atenção que é dada a mulher quando se aborda a depressão justifica-se primordialmente pela maior prevalência deste transtorno no sexo feminino. Este artigo consiste de uma revisão bibliográfica acerca da Hipnoterapia Cognitiva no tratamento da Depressão Pós-parto (DPP) tendo como objetivo discutir essa relação a partir da perspectiva da Análise do comportamento. A revisão tem caráter narrativo exploratório de cunho qualitativo. O levantamento bibliográfico ocorreu em livros e periódicos disponíveis na internet. A DPP acontece em cada quatro mulheres no período de 6 a 18 meses após o nascimento do bebê. A prevalência desse distúrbio no país foi mais elevada que a estimada pela OMS para países de baixa renda, em que 19,8% das parturientes apresentaram transtorno mental, em sua maioria a depressão, onde no Brasil o índice de mulheres com sintomas é de 26,3%, a partir de dados como esses, justifica-se a necessidade desta pesquisa. Como resultado, observou-se que a escala mais utilizada para diagnosticar a DPP foi a *Edinburg Depression Postpartum Scale (EDPS)*, e que quando a DPP é diagnosticada, utilizar o tratamento psicofarmacológico aliado à intervenção psicoterápica a partir da hipnoterapia cognitiva traz a reestruturação das cognições, através de relaxamento, enfraquecendo os esquemas mentais desadaptativos e também trabalhando na ressignificação de memórias negativas, promovendo modificações comportamentais, cognitivas e emocionais mais rápidas e efetivas, bem como a aplicabilidade desse atendimento nos serviços de saúde pública requer um trabalho interdisciplinar.

PALAVRAS CHAVE: Terapia Cognitivo-Comportamental, Depressão Pós Parto, Hipnose.

El diagnóstico de la depresión postparto y el uso de la hipnoterapia cognitiva en el tratamiento

RESUMEN: La depresión es un problema importante de salud pública. La especial atención que se da a la mujer cuando se aborda la depresión se justifica primordialmente por la mayor prevalencia de este trastorno en el sexo femenino. Este artículo consiste en una revisión bibliográfica acerca de la Hipnoterapia Cognitiva en el tratamiento de la Depresión Postparto (DPP) teniendo como objetivo discutir esa relación desde la perspectiva del Análisis del comportamiento. La revisión tiene carácter narrativo exploratorio de cunho cualitativo. El levantamiento bibliográfico ocurrió en libros y periódicos disponibles en internet. La DPP ocurre en cada cuatro mujeres en el período de 6 a 18 meses después del nacimiento del bebé. La prevalencia de este distúrbio en el país fue más elevada que la estimada por la OMS para países de bajos ingresos, en que el 19,8% de las parturientas presentaron trastorno mental, en su mayoría la depresión,

donde en Brasil el índice de mujeres con síntomas es de 26 , El 3%, a partir de datos como estos, se justifica la necesidad de esta investigación. Como resultado, se observó que la escala más utilizada para diagnosticar la DPP fue la Edinburg Depression Postpartum Scale (EDPS), y que cuando la DPP es diagnosticada, utilizar el tratamiento psicofarmacológico aliado a la intervención psicoterápica a partir de la hipnoterapia cognitiva trae la reestructuración de las mismas las cogniciones, a través de la relajación, debilitando los esquemas mentales desadaptativos y también trabajando en la resignificación de memorias negativas, promoviendo modificaciones conductuales, cognitivas y emocionales más rápidas y efectivas, así como la aplicabilidad de esa atención en los servicios de salud pública requiere un trabajo interdisciplinario.

PALABRAS CLAVE: Terapia Cognitiva-Comportamental, Depresión Post Parto, Hipnosis.

The diagnosis of Postpartum Depression and the use of cognitive hypnotherapy in treatment

ABSTRACT : Depression is a significant public health problem. The special attention given to women when dealing with depression is primarily justified by the higher prevalence of this disorder in females. This article consists of a bibliographical review about Cognitive Hypnotherapy in the treatment of Postpartum Depression (DPP) in order to discuss this relationship from the perspective of behavioral analysis. The review has an exploratory narrative character of qualitative character. The bibliographical survey took place in books and periodicals available on the Internet. PPD occurs in every four women in the 6 to 18 month period after the baby is born. The prevalence of this disorder in the country was higher than that estimated by the WHO for low-income countries, in which 19.8% of the parturients presented mental disorder, mostly depression, where in Brazil the index of women with symptoms is 26 , 3%, based on data such as these, the need for this research is justified. As a result, it was observed that the Edinburg Depression Postpartum Scale (EDPS) was the most widely used to diagnose PPD, and that when PPD is diagnosed, using psychopharmacological treatment combined with psychotherapeutic intervention from cognitive hypnotherapy leads to the restructuring of cognitions, through relaxation, weakening the maladaptive mental schemas and also working in the re-signification of negative memories, promoting behavioral, cognitive and emotional modifications faster and more effective, as well as the applicability of this service in the public health services requires an interdisciplinary work.

KEY WORDS: Cognitive-Behavioral Therapy, Postpartum Depression, Hypnosis.

INTRODUÇÃO

O ser humano é um todo. É impossível afirmar que algo que esteja acontecendo com ele seja apenas orgânico, psíquico ou social. Esta tríade forma o alicerce de toda a sua personalidade. Até há pouco tempo, acreditava-se que as diversas formas de depressão eram puramente psicogênicas, isto é, não tinham nenhuma base orgânica: eram problemas de ordem emocional. Esta pesquisa é um levantamento bibliográfico, com abordagem descritiva que tem como objetivo discutir a Hipnoterapia Cognitiva no tratamento da depressão pós-parto a partir da perspectiva da Análise do comportamento.

A gestação e o puerpério são períodos da vida da mulher que precisam ser avaliados com especial atenção, pois envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais, psíquicas e de inserção social, que podem refletir diretamente na saúde mental dessas pacientes. Apesar de a gestação ser tipicamente considerada um período de bem-estar emocional e de se esperar que a chegada da maternidade seja um momento jubiloso na vida da mulher, o período perinatal não a protege dos transtornos do humor. Tem-se dado importância cada vez maior ao tema, e estudos atuais têm visado delinear os fatores de risco para os transtornos psiquiátricos nessas fases da vida, a fim de se realizarem diagnóstico e tratamento o mais precocemente possível.

Desde a infância, as mulheres são preparadas para serem amáveis, compreensivas, tranquilas, ternas, equilibradas e acolhedoras, características que são cobradas em todos os momentos de sua vida e em tempo integral. Diante dessas qualificações, espera-se, portanto, o modelo de “mãe perfeita”, uma imagem romanceada da maternidade, criada ao longo dos últimos séculos, para dar sustentação ao sistema patriarcal, capitalista e de domínio masculino, fato que tem significado um alto custo emocional para as mulheres, pois, quando não correspondido, estas vivenciam significativos estigmas, preconceitos e exclusões da sociedade. A frustração de não conseguir responder às expectativas do papel de mulher/mãe abre espaço para um conflito entre o ideal e o vivido, instaurando-se um sofrimento psíquico que pode vir a se configurar como uma base para a depressão pós-parto.

Este tipo de depressão parece ser fruto da adaptação psicológica, social e cultural inadequada da mulher frente à maternidade. Segundo alegam determinados estudos,

mulheres com mais eventos estressantes de vida durante a gestação e no início do puerpério possuem níveis maiores de sintomas depressivos. Além disso, as diferenças culturais relacionadas aos costumes, rituais e aos papéis dos membros da família são também creditadas por desempenhar papel determinante na redução ou acentuação da DPP. Por fim, psiquiatras comentam que a etiologia das síndromes psíquicas pós-parto envolve a interação de fatores orgânicos/ hormonais, psicossociais e a predisposição feminina.

Teles (1992) considera, hoje que a causa principal da depressão, os defeitos nos neurotransmissores do cérebro. Entretanto, o ser humano é bastante complexo e, dificilmente pode-se afirmar que alguma coisa do seu comportamento tenha uma origem puramente orgânica, psíquica ou social. Acredita-se que estes elementos estão entrelaçados sempre e é praticamente impossível isolar um deles.

A Hipnose é considerada como um estado modificado de consciência (EMC), por envolver as alterações da consciência em relação ao estado de vigília, diferentes do sono ou sonho. A aceitação de estímulos verbais sem qualquer crítica e a experiência de respostas extravolitivas são algumas das típicas características da hipnose, que variam em função do grau de sugestibilidade dos indivíduos, parecendo ter relação, entre outros, com o córtex cingulado anterior (ACC). Esta estrutura parece ter um papel fundamental na indução e na sugestão hipnótica, apresentando alterações da ativação, ao mesmo tempo em que são ativadas as estruturas responsáveis pelo movimento e pela sensação que são sugeridos (FERREIRA, 2012). A hipnose é um fenômeno que envolve, primariamente a atenção e a concentração, tendo como base a imaginação do sujeito e do terapeuta. Apesar de não haver nenhum sinal patognomônico que permita identificar a sua presença, as novas técnicas de neuroimagem têm permitido identificar “marcadores fisiológicos” da hipnose, que permitem distingui-la de papéis sociais, de uma simulação ou de uma imaginação em vigília. Então, a partir do exposto, levanta-se a pergunta base deste estudo: Como pode a hipnoterapia cognitiva contribuir para o tratamento da depressão pós-parto?

Justifica-se este estudo a partir de pesquisas que indicam que no Brasil, em cada quatro mulheres, mais de uma apresenta sintomas de depressão no período de 6 a 18 meses após o nascimento do bebê. A prevalência desse distúrbio no país foi mais

elevada que a estimada pela OMS para países de baixa renda, em que 19,8% das parturientes apresentaram transtorno mental, em sua maioria a depressão. De acordo com o estudo da Fiocruz, no Brasil o índice de mulheres com sintomas é de 26,3%, índice maior do que o registrado também em países da Europa, além de Estados Unidos e Austrália (PUFF, 2016). Portanto, a partir deste trabalho, pretende-se contribuir pra o enriquecimento da literatura sobre DPP para que se possam possibilitar intervenções no campo da promoção e prevenção em saúde.

Contudo, apesar de a DPP ser um problema latente, o Ministério da Saúde, como órgão que orienta as políticas de saúde no Brasil, ainda não vem enfatizando o manejo dos aspectos emocionais no ciclo gravídico-puerperal, possuindo apenas duas publicações relativas à questão: a Agenda da Gestante e o Manual Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher, que tratam da Depressão pós-parto, embora de forma pouco aprofundada, citando sinais e sintomas que as puérperas podem referir e recomendando a busca de ajuda em instituição de saúde. Diante da contextualização, o presente artigo propõe apresentar uma revisão sistemática sobre depressão pós-parto e a utilização da TCC e a Hipnose como meios de intervenção, com a pretensão de verificar como a temática vem sendo abordada onde pretende-se, ainda, contribuir com a consolidação de dados sobre o tema; apresentando fontes e referências que foram utilizadas pelos estudos analisados; e identificar qual o foco mais explorado e apontar possíveis lacunas.

DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Compreende-se que Depressão é um transtorno onde existe a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade funcionamento do indivíduo (DSM-V).

A Depressão pós-parto (DPP) é uma síndrome em que o funcionamento comportamental, emocional, físico e cognitivo interfere na qualidade de vida da mulher (Camacho *et al.*, 2006). Segundo o mesmo autor, existem três categorias da depressão pós- parto: 1) o baby blues, que é a forma mas branda da depressão pós-

parto; 2) a depressão puerperal e 3) as psicoses puerperais, caracterizadas por delírios, alucinações, transtornos cognitivos, hiperatividade, ideação suicida e/ou infanticídio.

Dentre tantas doenças psicológicas que acometem as mulheres no período gestacional, a DPP destaca-se por ter uma maior incidência de abandono e/ou assassinato de bebês por suas próprias mães. Esse tipo de depressão pode ocorrer de forma leve a mais grave. No primeiro caso, a mãe tende a se sentir irritada e sensível logo nos primeiros dias após o parto, mas com o apoio e carinho do marido, de familiares e de amigos o sintoma pode desaparecer, geralmente a partir do 15º dia após o parto. “A forma mais grave da depressão pós-parto é menos frequente e afeta principalmente àquelas que anteriormente sofreram algum tipo de problema psiquiátrico, ou que possuem caso de doença desse tipo na família” (BALLONE, 2000).

Importante ressaltar que a depressão pode surgir por vários quadros clínicos quadros clínicos desde um transtorno pós-traumático ou alcoolismo, podendo surgir também devido doenças como demência, esquizofrenia, etc. São citados como sintomas mais comuns de depressão: alterações de humor (tristeza, irritabilidade, falta de capacidade de sentir prazer e apatia) e alterações cognitivas, psicomotoras e estado vegetativo.

Existem três formas gerais de se classificar os sintomas de depressão, são eles: Sintomas Psíquicos: Humor depressivo; redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, antes consideradas como agradáveis; fadiga ou sensação de perda de energia; diminuição na capacidade de pensar, de se concentrar ou tomar decisões. Sintomas Fisiológicos: Alterações do sono; alterações do apetite; redução do interesse sexual e evidências Comportamentais: Retraimento social; crises de choro; comportamentos suicidas; retardo psicomotor e lentificação generalizada, ou agitação psicomotora.

Os casos de depressão têm maior prevalência no gênero feminino, sendo a quinta doença que mais gera gastos na saúde das mulheres, os casos mais frequentes são decorrentes do período puerpério onde é desenvolvida a depressão pós-parto (DPP), período em que o nascimento de uma criança representa o rompimento do vínculo relacional entre a mãe e o bebê.

Nesta perspectiva a depressão pós-parto é definida como transtorno do humor que se inicia, normalmente, nas primeiras quatro semanas após o parto, alcançando sua intensidade máxima nos seis primeiros meses, podendo ser de intensidade leve e transitória ou agravar-se até uma neurose ou desordem psicótica. De acordo com as pesquisas, a prevalência da DPP em mulheres após o parto gira em torno de 18 a 39,4%, podendo haver variação a depender dos critérios diagnósticos (SANTOS, *et al.*, 2009). Ocorre nas primeiras duas semanas após o nascimento do bebê e os sintomas envolvem ansiedade severa, alucinações e delírios; exigem acompanhamento terapêutico e medicamentoso intensivo além de supervisão por conta da possibilidade de suicídio ou agressões ao recém nascido (DSM - V).

O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, (DSM-V), não distingue os transtornos do humor do pós-parto dos que acontecem em outros períodos, exceto como especificador “com início no pós-parto”, que é utilizado quando o início dos sintomas ocorre no período de quatro semanas após o parto (CANTILINO, 2006).

Ainda não se conhece as causas e a origem da depressão pós-parto, no entanto existem fatores de risco que desencadeiam a DPP, como: experiência conflituosa no período gestacional, histórico de problemas obstétricos, gravidez não planejada, sobrecarga nas tarefas do lar, pouco ou nenhum suporte por parte do companheiro, cuidados consigo mesmo, cuidados ao recém-nascido.

O tratamento contra a depressão deve abranger as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do ser humano. Portanto, a psicoterapia pode ser trabalhada de diversas formas, como psicoterapia de apoio, psicodinâmica breve, terapia interpessoal, psicoterapia cognitivo-comportamental de grupos, de casais, de família, entre outros. Já as mudanças de estilo de vida, devem ser feitas de acordo com a necessidade de cada paciente, visando uma melhoria na sua qualidade de vida. Em alguns casos utilizam-se os medicamentos antidepressivos que produzem, em média, uma melhora nos sintomas de 60% a 70% no primeiro mês de tratamento, enquanto a taxa de placebo é em torno de 30% (SANTOS, 2009).

Quando se trata de depressão pós-parto nos remete compreendermos o fator psicológico da mesma, onde neste contexto, “o surgimento do quadro depressivo pode

ser influenciado pelas experiências emocionais vividas pela mãe em sua própria infância e pelas contingências em que ocorre a gravidez” (TEODORO, 2010).

O diagnóstico da DPP é difícil e não há, segundo a Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID-10), um consenso final para o próprio diagnóstico, a etiologia e o tratamento. Segundo os critérios do DSM-V, para que um quadro depressivo seja caracterizado como pós-parto, deve ocorrer nas primeiras quatro semanas após o nascimento do bebê. O CID-10 considera até seis meses após o parto.

O infanticídio e o suicídio estão entre as complicações mais graves decorrentes de transtornos puerperais sem intervenção adequada. No entanto, a existência de transtornos psiquiátricos não só no puerpério, mas também na gestação, pode levar a outras graves consequências. Mulheres com diagnóstico de esquizofrenia ou depressão maior apresentam elevado risco para complicações na gravidez, trabalho de parto e período neonatal. Entre essas complicações, há anormalidades placentárias, hemorragias e sofrimento fetal. Mulheres com esquizofrenia apresentam risco elevado para descolamento prematuro de placenta e, mais frequentemente, tiveram filhos com baixo peso ao nascer. Essas crianças também apresentaram malformações cardiovasculares e menor circunferência encefálica do que os filhos de mães saudáveis (JABLENSKY *et al.*, 2005).

Constata-se que mulheres portadoras de transtorno de estresse pós-traumático apresentavam risco elevado para gravidez ectópica, abortamento espontâneo, hiperemese gravídica, contrações uterinas prematuras e crescimento fetal excessivo (SENG *et al.*, 2001). Deve-se, portanto, avaliar cada caso com especial atenção, a fim de estabelecer-se a melhor estratégia de tratamento para cada situação em particular, da maneira mais precoce possível.

O diagnóstico da DPP muitas vezes é negligenciado pela própria mulher, marido e familiares, atribuindo os sintomas ao “cansaço e desgaste” naturais do puerpério, causados pelo acúmulo de tarefas caseiras e cuidados com o bebê.

O diagnóstico da depressão pós-parto é dado pelo médico psiquiatra com apoio de um psicólogo. Porém, o enfermeiro da atenção básica, durante a assistência no pré-natal pode ser muito importante para o reconhecimento de sinais e sintomas associados à DPP. No entanto, por ser o profissional que acompanha a mulher tanto durante o pré-

natal quanto no período do puerpério, o enfermeiro é peça fundamental para um diagnóstico precoce desse quadro depressivo.

Ressalta-se a existência dentro da rede básica de saúde, o despreparo por parte dos profissionais de enfermagem em identificar de forma precoce o desenvolvimento da depressão pós-parto. O conhecimento dos fatores de risco da depressão pós-parto é importante para o planejamento e execução de ações preventivas como favorecer o apoio emocional da família, amigos e companheiro, proporcionando segurança à puérpera. A identificação precoce possibilitará o encaminhamento da mãe com risco elevado para depressão pós-parto para aconselhamento ou psicoterapia, possibilitando, assim, constituir um precioso instrumento de prevenção destes transtornos. Para isso, é necessária a preparação dos profissionais para abordar essas mulheres e identificar precocemente os riscos, de forma que estas possam ser encaminhadas para aconselhamento ou tratamento, evitando assim, o aparecimento ou aumento desse transtorno mental (HARVEY, 2002).

Quando se fala de tratamento foi constatado diante algumas pesquisas a utilização da Técnica de Tratamento psicofarmacológico, psicossocial, psicoterápico e tratamentos hormonais, além da eletroconvulsoterapia (ECT), indicada para casos mais graves ou refratários a outras formas de tratamento. A maioria das intervenções psicossociais e hormonais tem-se mostrado pouco eficiente. Entretanto, resultados de estudos focados sobre psicoterapia interpessoal, estratégias cognitivo comportamentais e intervenções farmacológicas têm-se evidenciado eficientes (CANTILINO, 2006).

Na psicofarmacologia são utilizados os antidepressivos, estabilizadores de humor, anticonvulsivantes, antipsicóticos, benzodiazepínicos, aliados com a psicoterapia interpessoal focada nos sintomas depressivos da paciente e seu relacionamento com o mundo, assim como o rompimento da barreira interpessoal; e a terapia cognitivo-comportamental (TCC), que tem como objetivo ajudar o paciente a solucionar seus comportamentos e cognições disfuncionais por meio da aprendizagem e da reestruturação cognitiva. A TCC tem como base avaliar quais são as ideias, os pensamentos e as emoções que a pessoa possui sobre si mesma e que se encontram distorcidos, provocando uma cadeia de reações comportamentais disfuncionais (FEITOZA, 2010). No caso das mulheres que apresentam depressão pós-parto, é

extremamente comum apresentarem pensamentos e sentimentos relacionados às questões referentes aos cuidados do bebê e à sua situação atual. Dessa maneira, a atuação da TCC visa avaliar e reestruturar tais cognições que refletem em seu comportamento (SANTOS, 2009).

Depressão pós-parto e o Vínculo mãe-bebê

As pesquisas demonstram que os filhos de mulheres com DPP mostram altos índices de insegurança vincular, alguns atrasos no desenvolvimento cognitivo e emocional e mais disforia. A DPP tem sido vinculada a rupturas no funcionamento da díade mãe-bebê, tais como na atenção, na comunicação vocal e visual, menor frequência de interações que envolvem tocar e sorrir, em comparação com díades que incluem mães não deprimidas. Mães deprimidas demonstram também comportamentos mais invasivos e irritáveis em relação a seus bebês e respondem de forma menos sensível e contingente e mais negativa a seus bebês. Bebês e crianças até dois anos podem ser particularmente vulneráveis aos efeitos negativos de DPP (ZINGA *et al.*, 2005).

Apesar dos achados de que a piora do funcionamento materno associado à DPP desaparece na altura do 16º mês após o parto, há crescentes evidências que sugerem que pode haver implicações de longo prazo para o desenvolvimento das crianças. Além disso, a gravidade e a cronicidade da depressão materna predizem claramente dificuldades de desenvolvimento.

A DPP tem grande impacto na vida materna, e conseqüentemente na vida do bebê. A puérpera com depressão pós-parto não demonstra afeto pelo seu conceito, o que não é comum quando a maternidade é tida como um momento de felicidade na vida da mulher. Essa rejeição pelo bebê pode prejudicar bastante seu desenvolvimento.

Nesta relação à mãe projeta ao bebê uma raiva excessiva onde a mesma não tem o prazer e nem a vontade de cuidar de seu recém-nascido, apresentando assim um comportamento de rejeição e indiferença. A puérpera queixa-se de não saber ocupar-se do bebê afirmando que os choros deste a inquietam e irritam. Pode preocupar-se excessivamente com a saúde do bebê ou com o seu bem-estar - multiplicando assim as

consultas pediátricas - e mostra-se culpabilizada pela sua falta de amor ou de desejo de cuidar do recém-nascido. A fim de reduzir a sua angústia intolerável, evita os contatos, põe o filho à distância ou delega os seus cuidados as pessoas que a rodeiam.

Geralmente o bebê precisa ser cuidado por terceiros, pois a mãe sente-se incapaz de cuidar da criança, deixando de amamentá-la, o que seria primordial para um desenvolvimento saudável. O distanciamento do bebê pela necessidade de precisar ser cuidado por outras pessoas pode prejudicar ainda mais os vínculos afetivos entre mãe-filho e fortalecer o sentimento de inadequação materna. A experiência de gestar, parir e cuidar de um filho pode dar à mulher uma nova dimensão de vida e contribuir para seu crescimento emocional e pessoal. Ao mesmo tempo, pode causar desorganização interna, ruptura de vínculos e de papéis e até resultar em quadros de depressão puerperal. O que talvez se justifique pelo fato da dinâmica de ser mãe, esposa, gerente do lar e mulher, quase sempre caminhar à revelia da condição hormonal, bioquímica e psicológica feminina nesse momento.

Depressão pós-parto e o Relacionamento Conjugal

Durante o puerpério, pai e mãe enfrentam uma série de desafios psicológicos, os quais podem ser vividos como exaustivos e trazer à tona conflitos e dificuldades pessoais diversas.

A mãe costuma ver o pai de maneira mais negativa entre o nascimento e o terceiro mês de vida do bebê, e tende a empurrar os outros para longe durante esta fase inicial, mantendo o bebê dentro de sua esfera. Ela pode temer que o pai passe a competir com ela pela atenção do bebê, e pode ter medo de maternizá-lo, feminilizá-lo (PICCININI e SILVA, 2009).

Neste momento, portanto, o pai não deveria competir com a mãe pela posse do bebê, mas sim, de acordo com o autor, assumir a importante função de servir como base do sistema de apoio que facilitaria o papel primário da mãe com o bebê.

O pai como marido, se enfatiza na relação entre qualidade do relacionamento conjugal e depressão materna, e o pai como cuidador, destacando sua participação na criação dos filhos e na realização de tarefas domésticas. No entanto, não existe uma

consistência na literatura quanto à direção desta associação: se as dificuldades no relacionamento conjugal estariam na origem da depressão materna, especialmente da depressão puerperal, ou se o humor deprimido da mãe traria consequências negativas para o funcionamento familiar e, deste modo, prejudicaria a qualidade do relacionamento conjugal. O que parece mais evidente é que existiria uma retroalimentação, de modo que, em famílias onde existem dificuldades no relacionamento conjugal, estas tendem a ser agravadas pelo desencadeamento de uma depressão materna, e vice-versa.

Fatores sociais como a falta de apoio conjugal e familiar influenciam fortemente na etiologia e manejo da DPP. Outro aspecto importante é o desconhecimento dos familiares sobre o problema da DPP. Muitas vezes os parentes associam os sinais e sintomas da DPP ao estresse fisiológico e à dificuldade de adaptação inerente ao puerpério. Mas há autores que ponderam ainda, especificamente, sobre a qualidade do relacionamento conjugal da nova mãe. Como demonstram, essa relação exerce papel significativo na transmissão intergeracional da depressão nestas famílias.

Escalas utilizadas para o diagnóstico da DPP

Existem algumas escalas que são eficazes para avaliar a depressão, segundo Meager (1996) detectou melhora significativa em gestantes e puérperas que foram submetidas à TCC em grupos de terapia, baseando-se nas escalas de Auto Avaliação de Edimburgh, o Inventário de Beck para Depressão e o Profile of Mood States (perfil dos estados de humor).

A escala de Auto avaliação de Edimburgh (EDPS) é das mais utilizadas para realizar o rastreamento de sintomas depressivos que se manifestam no pós-parto. A EDPS consiste em um questionário de autoavaliação que contém dez perguntas com quatro opções que são pontuadas de 0 a 3, de acordo com a presença ou intensidade dos sintomas: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, diminuição do desempenho, culpa e ideias de morte e suicídio. As entrevistadas são consideradas como do grupo de risco para desenvolver depressão, se a pontuação alcançada na EPDS for igual ou maiores que 10, é indicado procurar um especialista.

O inventário de Depressão de Beck consiste em um questionário de autoretrato com 21 itens de múltipla escolha. É um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade de episódios depressivos. O propósito desta escala é avaliar a medida da depressão. Os escores variam de zero até 63, onde o zero indica não existir nenhum traço de depressão, enquanto o escore mais alto indica maior gravidade da depressão. O guia de interpretação é o que se segue: (a) 0 = pontuação mínima, sem depressão; (b) 10 á 16 = indica estado de depressão leve á moderada; (c) 17 á 29 = compreende um estado de depressão moderada á grave; e 30 á 63 = indica um estado de depressão severa. O BDI avalia a medida de depressão de acordo com os novos critérios estabelecidos pelo DSM-IV, e pode ser aplicado em indivíduos com idade igual/superior á 13 anos.

A escala Profile of Mood States (perfil dos estados de humor) Foi originalmente construído para avaliar as variações dos estados de humor em populações psiquiátricas, mas, rapidamente, a sua utilização foi direcionada para outras populações não clínicas.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS- PARTO

Em contrapartida falar sobre DPP remete a importância da utilização da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), sendo uma abordagem psicológica baseada em princípios científicos com comprovações empíricas. Baseiando-se no modelo cognitivo, que levanta a hipótese de que as emoções e os comportamentos das pessoas são influenciados por sua percepção dos eventos. Inicialmente o modelo cognitivo da depressão, tal como foi desenvolvido por Beck (BECK,1967;1976; BECK *et al.*, 1979), postula três conceitos específicos para explicar o funcionamento psicológico da depressão: tríade cognitiva; esquemas; e erros ou distorções cognitivas (SILBERFARB, 2011). Beck buscou verificar os pressupostos psicanalíticos acerca da depressão que dizia que pessoas deprimidas apresentam uma hostilidade reprimida.

Os estudos de Beck o levaram deparar-se com resultados de uma outra natureza; alguns pacientes apresentam melhoras em respostas a algumas experiências bem-sucedidas e não resistiram a estas mudanças, contrariando o esperado:

Isso fez com que Beck e demais pesquisadores iniciassem uma sequência de novos e diversos estudos sobre a depressão, que passou a ser vista como um transtorno cuja principal característica seria uma tendência negativa em que a pessoa deprimida apresenta, muito frequentemente, expectativas negativas em relação ao resultado de seus comportamentos e uma visão também negativa de si mesma, do contexto em que está inserida e de seus objetivos (SILBERFARB, 2011, p. 21-22).

A TCC é uma terapia breve, estruturada e direcionada a resolver problemas atuais através da modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais. Conforme Beck (1997), pensamentos automáticos são um fluxo de pensamento que coexiste com um fluxo de pensamento mais manifesto. Muitos pensamentos automáticos não nos causam problemas, mas alguns pensamentos são disfuncionais.

A terapia cognitiva refere-se, portanto, às crenças disfuncionais, que podem ser desaprendidas, e às novas crenças mais embasadas na realidade e funcionais, que podem ser desenvolvidas e aprendidas através da terapia.

O uso da TCC na DPP demonstra aplicabilidade eficaz, pois o tratamento a partir da intervenção cognitivo-comportamental proporciona a manutenção em longo prazo da melhora alcançada. Para Beck (1997), ao ensinar técnicas e ferramentas a um paciente, o terapeuta enfatiza que estas são auxílios para toda a vida e que o paciente poderá usar em diversas situações agora e no futuro.

O tratamento da DPP é feito através do uso de medicamentos antidepressivos, que tem se mostrado eficazes e essenciais para a recuperação da puérpera. A terapia comportamental-cognitiva (TCC) também tem sido importante para a prevenção da DPP quando aplicada em grávidas com sintomatologia depressiva. Vale ressaltar que a Terapia Cognitivo-Comportamental contribui no tratamento da DPP a partir do momento que o indivíduo passa a reconhecer os padrões de seus pensamentos inadequados e comportamento disfuncionais. Isto acontece através da discussão sistemática e tarefas comportamentais cuidadosamente estruturadas para ajudar os

pacientes a avaliar e modificar tanto seus pensamentos, quanto seus comportamentos em questão. Alguns aspectos do tratamento dão maior ênfase ao comportamento, outros a ênfase cognitiva.

O papel do Psicólogo e os demais profissionais no trabalho da DPP

O psicólogo vai contribuir de uma forma diferenciada complementar o tratamento oferecido pela equipe. Simonetti faz referência a esse ponto dizendo que em medicina, o diagnóstico é desenvolvimento do quadro ou permitindo novas possibilidades o conhecimento do processo mórbido por meio dos seus sintomas, enquanto que na psicologia hospitalar o diagnóstico é o conhecimento da situação existencial e subjetiva da pessoa adoentada em sua relação com a doença. Com o olhar nesta direção, o papel do psicólogo na equipe, vai propiciar a busca de uma visão panorâmica dos processos que influenciam e são influenciados pela doença, ou seja, o psicólogo diante de um caso de DPP irá buscar, junto ao paciente, o sentido daquela doença.

Como afirmou Lacan: “O psicólogo não dirige a vida do paciente, mas dirige o tratamento”, assim terá o papel fundamental de, em conjunto com a assistência do médico, buscar caminhos que contribuam na busca da mulher acometida pela DPP em encontrar a sua autoconfiança, compreensão e elaboração dos sentimentos vivenciados.

“Com o olhar nesta direção, o papel do psicólogo na equipe, vai propiciar a busca de uma visão panorâmica dos processos que influenciam e são influenciados pela doença, ou seja, o psicólogo diante de um caso de DPP irá buscar, junto ao paciente, o sentido daquela doença para ele” (ALVARES; NETO; 2013).

O psicólogo nesse momento antidepressivo durante a lactação poderá contribuir para que a mulher encontre em si essa capacidade e que elabore o novo papel de mãe. Esse movimento dos sintomas, abortando a evolução para os casos mais graves, implica em mudanças psíquicas importantes, que podem necessitar de intervenção

psicológica para elaboração processo e também acolhimento desses sentimentos diversos.

Ademais, frente ao diagnóstico já estabelecido de DPP, o psicólogo será o profissional responsável “pelo tratamento psicoterápico, podendo ser na forma de psicoterapia breve, utilizando-se das várias técnicas descritas para essa modalidade, que será aplicada à paciente com o objetivo de recuperar sua integridade psíquica e emocional, fundamental para essa fase da vida que a mulher está vivenciando” (ALVARES; NETO; 2013).

O acompanhamento consiste em esclarecimento, compreensão e apoio, por parte da família e dos profissionais de enfermagem que estão em contato direto com essa clientela. Diante disto, demonstrando preocupação com a assistência prestada a puérpera.

Ressalta-se que o tratamento deve ser ginecológico-obstétrico, pois há o acompanhamento da gravidez e, conseqüentemente, um elo por possuir uma relação forte de seu estado depressivo através de sessões de apoio; e psicológico, de confiança com o paciente, que por já estar acompanhando a gravidez, deverá estar junto em todo tratamento com o objetivo de mostrar a realidade e possa proceder à terapia medicamentosa como uso de antidepressivos, tratamento hormonal ou a combinação desses métodos, dependendo da gravidade do caso.

É fundamental a participação dos profissionais de enfermagem na prevenção da DPP. Estes podem inclusive auxiliar na identificação dos sintomas, reconhecendo sinais. Se a família e os enfermeiros colaborarem de modo satisfatório, oferecendo confiança e segurança à mãe principalmente nas realizações das atividades maternas, sem hostilidades e críticas, fazendo uso da compreensão e carinho, oferecendo ambiente acolhedor nos momentos de maior fragilidade emocional, a DPP vai diminuir de intensidade. Pode reverter-se em carinho ao bebê e respeito pelo ritmo de seu desenvolvimento e progresso

A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E A HIPNOSE

Existe a associação da TCC como uma abordagem psicológica comprovadamente eficiente, junto com a Hipnose como técnica coadjuvante, surgindo a Hipnoterapia Cognitiva, podendo ser utilizada por médicos, psicólogos, psiquiatras e demais profissionais da área de saúde mental que sejam habilitados a usar a hipnose e tenham compreensão dos processos cognitivos. O uso da hipnose na TCC é tão antigo quanto à própria TCC. Conforme Ferreira (2011), Wolpe usou a hipnose em 1958 como uma parte integral da sua intervenção pela dessensibilização sistemática.

No Brasil, o exercício da Hipnose por psicólogos é regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia através da Resolução n. 013/00. Outras profissões também tem o uso da hipnose regulamentado, como é o caso de fisioterapeutas, médicos, odontólogos e terapeutas ocupacionais.

O objetivo da Hipnoterapia Cognitiva é de reestruturar cognitivamente as crenças inadequadas por meio de técnicas cognitivas com técnicas da hipnose. A Hipnoterapia Cognitiva promove um espaço de relaxamento, enfraquece os esquemas mentais desadaptativos e trabalha na ressignificação de memórias negativas. Isso promove modificações comportamentais, cognitivas e emocionais mais rápidas e efetivas.

Segundo Silberfarb (2011) o paciente na Hipnoterapia percebe que pode respirar suavemente, longa e profundamente e que é capaz de relaxar, uma ideia que para ele parecia impossível num primeiro plano. Nesta intervenção é fundamental que o paciente detenha de confiança para assim então ter a capacidade de experimentar emoções e situações prazerosas que servirão como suporte para o mesmo ter predisposição adaptativa.

A Hipnoterapia Cognitiva, além do combate aos sintomas do espectro ansioso da depressão pelo pareamento de estímulos, visa a interromper as expectativas negativas ao futuro (YAPKO, 1992), como acontece na DPP onde as puérperas apresentam uma preocupação excessiva com o futuro no quesito aos cuidados ao recém-nascido, ao lar, de seu companheiro e de si mesma.

O processo utiliza-se de técnicas de visualização imagética do futuro, da sua imagem pessoal projetada positivamente, do mundo à sua volta e com as pessoas as quais se relaciona, com o objetivo de combater as crenças

sobre predição negativa e ansiedade antecipatória, com as técnicas de visualização, o paciente imaginando o cenário positivo e sentindo a satisfação vai eliminando gradativamente a depressão e todos os seus sintomas (SILBERFARB, 2011, p. 281-282).

A utilização da Hipnoterapia Cognitiva em gestantes é versátil podendo ser utilizada antes (para potencial e aumentar a sua fertilidade, apenas em questões psicogênicas, ou seja, sem causa física associada), durante (para aumentar os momentos de conexão com o bebê, controlar o peso, trabalhar medos, inseguranças e fobias durante a gravidez e parto, controle da dor durante o parto) e depois (aumento da confiança e a autoestima da mãe, fortalecendo o elo de ligação com o bebê, de forma centrada e tranquila, para prevenção da DPP, para reduzir os sintomas e recaídas da mesma caso a puérperas forem diagnosticadas).

A Hipnoterapia Cognitiva no auxílio ao tratamento da DPP acontece de duas formas segundo Harvey (2002, p. 73-74):

Em primeiro lugar, proporciona uma forma de psicoterapia para a paciente, permitindo que ela fale; em segundo lugar, induz a um estado profundo de relaxamento, o que mostrou ajudar em problema com depressão, ansiedade e estresse. A paciente irá aprender técnicas de auto-hipnose para conseguir um estado de relaxamento profundo em casa em momentos de necessidade imediata.

Segundo Carvalho (2017), o processo da Hipnose acontece a partir de 5 (cinco) etapas que são importantes serem citadas:

- **Entrevista:** momento que é realizado uma pequena investigação do problema do cliente, ou seja, o hipnoterapeuta tem que identificar as possíveis causas que levam ao desenvolvimento do problema ou dificuldade.
- **Indução ao Relaxamento:** o cliente coloca-se de forma confortável, fecha os olhos e passa por um relaxamento em que há uma sensação de paz, calma e tranquilidade. Baixa-se a frequência mental, fixando-se um nível, a que chamamos de sono terapêutico.

- **Aprofundamento:** irá conduzir a um transe mais profundo onde é deixado de lado o filtro crítico da mente consciente. Uma vez que isto seja alcançado, existe a comunicação direta com a mente inconsciente, feita pelo hipnoterapeuta. Isto é importante, porque o aspecto principal da hipnose é exatamente conseguir com que a mente inconsciente aceite e concorde com as mudanças que serão propostas.
- **Sugestões:** Quando o cliente estiver em estado de transe, inicia-se a terapia. Chegou a hora de trabalhar a questão que motivou a sessão. Novas ideias e “sugestões” combinadas antes de iniciar a hipnose, são dirigidas diretamente ao inconsciente com o objetivo de efetuar as mudanças pretendidas. Durante o transe hipnótico, o cliente ficará consciente e ouvirá tudo que for dito. As sessões podem ser gravadas.
- **Saída do Transe:** No final do trabalho, o cliente é tirado do estado de transe e volta ao seu estado normal. Qualquer sugestão utilizada para produzir o estado hipnótico será então removida. Segue-se uma conversa final e a conclusão da sessão.

No aspecto positivo da utilização desta psicoterapia há indícios que na maioria dos casos de DPP as puérperas responderam bem ao tratamento por cerca de três meses, proporcionando autoconhecimento, relaxamento, qualidade de vida, elo entre mãe e bebê, modificação dos pensamentos automáticos, elaboração de esquemas e autoconfiança para desenvolver seu papel como mãe, esposa e dona do lar.

Ressalta-se que a Depressão pós-parto é um tema central presente nas principais discussões, sendo importante a produção de saberes específicos na área, que visem subsidiar práticas que possam vir a se tornar estratégias, ferramentas e modelos teórico-práticos para o cuidar diante da depressão pós-parto.

Logo, é fundamental que se tenha em mente a importância da atenção precoce na DPP, tendo em vista a possibilidade de intervenções profissionais que proporcionem às puérperas o apoio de que necessitam para enfrentar os desafios de ser mãe, sem perder sua identidade, inserção social, relação parental, entre tantos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão pós-parto pode ser considerada um problema de saúde pública. É uma condição clínica séria que ocorre no puerpério e que exige um diagnóstico preciso e o mais precoce possível. Quando não diagnosticada, pode ter um impacto negativo para a mãe e para a criança e pode atingir toda a estrutura familiar, a vida afetiva do casal.

As mudanças hormonais ocorridas durante a gestação podem ser consideradas como causa principal da DPP. Entretanto, as condições existenciais e vivenciais, tais como uma gravidez indesejada ou contrária à vontade dos familiares, dificuldades financeiras, insatisfação com a transformação do próprio corpo e, principalmente, a falta de apoio e afeto do cônjuge também podem ser considerados como fatores desencadeantes dessa síndrome.

Pesquisas mostram a DPP pode atingir entre 7,2 e 43% das puérperas, podendo haver variação a depender dos critérios utilizados no diagnóstico, do período de tempo estudado e da população que compõe a amostra.

As possibilidades de tratamento baseiam na farmacologia e na psicoterapia utilizando a Hipnoterapia Cognitiva, onde consiste em ajudar o indivíduo a reconhecer os padrões de pensamento inadequado e comportamento disfuncional, tendo como objetivo aumentar a confiança e autoestima da mulher/mãe e em criar vínculos afetivos com o bebê de forma tranquila. Porém, o uso do psicofármacos no puerpério apresenta determinada contra indicações devido ao aleitamento materno, que pode ser comprometido com a excreção destes medicamentos no leite.

A equipe multidisciplinar que atua nas casas de saúde pode diagnosticar e oferecer intervenções por meio do acompanhamento da gestante. No pré-natal é essencial que se estabeleça uma adequada relação de respeito e confiança com as gestantes facilitando assim a prevenção e o diagnóstico precoce da DPP.

A mulher obriga-se perante a sociedade a apresentar-se como um "modelo" de mãe, sem problemas, ou queixas, externando plena felicidade e orgulho. No entanto, os sentimentos negativos que podem surgir do período gestacional, não são levados a sério, trazendo sérias complicações para a mãe e para o bebê. A mulher que está sofrendo de DPP corre o risco de suicídio como em qualquer outra situação depressiva, as relações interpessoais são conturbadas, pode haver ruptura no relacionamento conjugal, o relacionamento "mãe-bebê" é prejudicado alterando o comportamento do bebê. Porém, quando ocorre infanticídio, toda a sociedade se revolta, sem ao menos saber que o infanticídio é o resultado de uma patologia grave e insidiosa e que vem acometendo grande número de mulheres no período pós-parto.

Com isso, acredita-se que a união de forças entre os profissionais de saúde e os familiares pode transformar o momento da DPP em uma fase em que a mulher poderá se sentir mais firme e mais confiante para expressar seus sentimentos, sentindo-se acolhida e ajudada. Nesse caso, os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, devem estar atentos e, quando necessário, relatar à família que algo não está bem com a paciente e vice-versa. A proposta centra-se na superação das dificuldades da depressão pós-parto, já que seus maiores aliados são o descaso e a subestimação do sofrimento da mulher, que pela equipe de saúde, quer pela família.

A bibliografia consultada mostra várias escalas de depressão, validadas e publicadas em diversos idiomas. A mais utilizada é a escala EDPS que rastreia os sintomas depressivos manifestados no pós-parto, é de fácil aplicação e pode ser aplicada por qualquer profissional de saúde, não necessariamente por profissional da saúde mental ou psicólogo.

Este estudo demonstrou que os desafios em relação à DPP são grandes, mas que podem ser superados. Assim, é importante que os profissionais de saúde desenvolvam ações preventivas na rede pública voltada não só a saúde da gestante, mas da mulher em geral. Além disso, estimular a compreensão da mulher e do companheiro em relação às fases críticas do puerpério, bem como emoções e sentimentos provenientes deste período, ou seja, somando esforços na prevenção e tratamento da DPP que irão traduzir no exercício materno.

Foi verificado que muitas vezes a DPP passa despercebida pelos profissionais de saúde, pois estes associam os sintomas apresentados pela mulher, com o desânimo normal que é vivenciado no pós-parto. Espera-se que este estudo possa contribuir para aprimorar a assistência de enfermagem e a importância do papel do psicólogo juntamente com o obstetra, podendo estimular, sensibilizar e capacitar os estudantes e profissionais sobre a influência de uma assistência qualificada para o reconhecimento da DPP em tempo hábil, proporcionando o início da terapêutica de forma precoce, favorecendo uma rápida e surpreendente recuperação da puérpera.

BIBLIOGRAFIA

ALVARES, Bondezan L; NETO, Luiz Ferraz. O PAPEL DO OBSTETRA E DO PSICÓLOGO NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO. Rev. Fac. Ciênc.Méd. Sorocaba, v. 15, n. 1, p. 180 - 183, 2013.

BALLONE, Geraldo J. (2000). **Depressão Pós-parto**. Disponível em: <http://www.medsite.osite.com.br> .Acessado em: 26/12/2017.

BECK, Judith. **Terapia Cognitiva: Teoria e Prática**. Porto Alegre, Artmed, 1997.

CANTILINO, Amaury. Et al. **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puérperio: classificação, diagnóstico e tratamento**. Rev. Psiq. Clin, 2006.

CAMACHO RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E *et al.* **Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: Classificação, diagnóstico e tratamento**. Revista Psiquiatria Clínica. 2006. 33 (2): 92-102.

CARVALHO, Cris. **Como funciona uma sessão com Hipnose**. Disponível: <http://criscarvalho.com/hipnose/como-funciona-uma-sessao-com-hipnose/> Acesso em: 23 de outubro de 2017.

DSM - V – TR - **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento; - 5º ed. rev.- Porto Alegre: Artmed, 2014.

FEITOZA, Aline. Et al. **Identificação dos fatores de risco para a depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce**. Rev. Rene, Vol. 11, Número Especial, 2010. P. 119 – 123.

FERREIRA, Marlus V. C. **Hipnose na Prática Clínica.** São Paulo, Editora Artheneu, 2011, 2. ed.

HARVEY, Erika. **Depressão Pós-parto:** esclarecendo suas dúvidas. São Paulo: Agora, 2002.

JABLENSKY, A.V. et al. - **Pregnancy, delivery, and neonatal complication in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders.** Am J Psychiatry 162 (1): 79-91, 2005.

LACAN, J. **O Seminário:** Os quatro conceitos Fundamentais da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1988. Livro 11.

MEAGER, I.; MILGROM, J. - **Group treatment for postpartum depression: a pilot study.** *Aust N Z J Psychiatry* 30 (6): 852-860,1996. Disponível: https://www.researchgate.net/publication/14175257_Group_Treatment_for_Postpartum_Depression_A_Pilot_Study. Acesso em: 22 de Junho de 2017.

PICCIINI, Cesar; Silva, Millena. **Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura.** Estudos de Psicologia, 14(1), Janeiro-Abril/2009, 05-12

PUFF, Jefferson. **‘Pensei em me matar’:** 1 em 4 mulheres sofrem de depressão pós-parto no Brasil. Disponível no site: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/03/160308_pesquisa_fiocruz_depressao_parto_jp. Acesso em 29 de junho de 2017.

SANTOS, Junior, H.P.O. et. al. **Depressão pós-parto:** um problema latente. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009. Artigo de Revisão.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar:** mapa da doença. 6ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.

SENG, J.S. et al. - **Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications.** *Obstet Gynecol.* 17-22, 2001.

SILBERFARB, Benomy. **Hipnoterapia Cognitiva.** São Paulo, Vetor, 2011.

TELES, M. L. S.; **O que é Depressão.** 1ª Ed. Rio de Janeiro – RJ, Ed. Brasiliense, Coleção: Primeiros Passos, 1992.

TEODORO, Wagner L.G. **Depressão:** Corpo, mente e alma. Uberlândia - MG: 2009.

YAKPO, M.D. **Hypnosis and the treatment of depressions.** New York: Brunner Mazel, 1992.

ZINGA, Dawn, et. al. **Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la?** Rev Bras Psiquiatr. 2005; 27(Supl II):S56-64.

Recebido em 20/10/2017.

Aceito: 20/6/2018

Sobre autores e contato:

Nayana Freitas da Silva – Psicóloga Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental, E-mail: freitasnayana@yahoo.com

Daniel Cerdeira de Souza – Psicólogo - Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental, Mestrando em Psicologia Social – UFAM, Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000 Campus Universitário Setor Sul, Bloco X, Coroado, Cep 69077-000, Manaus, E-mail: dancerdeira01@gmail.com